



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –
NÍVEL DOUTORADO

PATRÍCIA SIMPLÍCIO DE OLIVEIRA

CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLO DE EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DE
PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

JOÃO PESSOA – PB

2022

PATRÍCIA SIMPLÍCIO DE OLIVEIRA

**CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLO DE EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO EM
DIABETES MELLITUS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Fundamentos Teórico- Filosóficos do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Miriam Lopes Costa

JOÃO PESSOA – PB

2022

O48c Oliveira, Patricia Simplicio de.

Construção de protocolo de educação para o
autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 /
Patricia Simplicio de Oliveira. - João Pessoa, 2022.
209 f. : il.

Orientação: Marta Miriam Lopes Costa.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Diabetes Mellitus - Tipo 2. 3.
Pessoa com diabetes - Autocuidado. 4. Educação em saúde
- Protocolo. I. Costa, Marta Miriam Lopes. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616-083(043)

PATRÍCIA SIMPLÍCIO DE OLIVEIRA

**CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLO DE EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO EM
DIABETES MELLITUS**

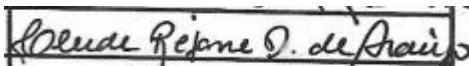
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Fundamentos Teórico- Filosóficos do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 27/07/2022

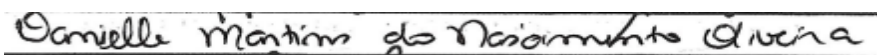
BANCA EXAMINADORA



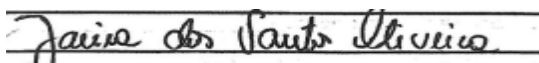
Profa. Dra. Marta Miriam Lopes Costa - Presidente
Universidade Federal da Paraíba – UFPB



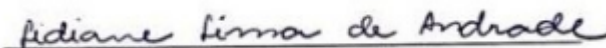
Profa. Dra. Cleide Rejane Damaso de Araújo – Membro Externo
Universidade Federal da Paraíba – UFPB



Profa. Dra. Danielle Martins do Nascimento Oliveira – Membro Externo
Faculdade de Ciências Médicas – FCM



Profa. Dra. Jacira dos Santos Oliveira – Membro Interno
Universidade Federal da Paraíba – UFPB



Profa. Dra. Lidiane Lima de Andrade – Membro Interno
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Profa. Dra. Gerlane Ângela da Costa Moreira Vieira – Suplente Externo
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Profa. Dra. Kenya de Lima Silva – Suplente Interno
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Ao meu filho **Heitor**, concretização do amor de Deus em minha vida!

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Ao meu **Deus**, por sempre estar comigo, dando razão a minha existência e me fazendo acreditar que tudo é possível para Ele.

A minha mãezinha do céu, **Nossa Senhora**, por sempre me amparar nos momentos difíceis e acalmar meu coração nas aflições.

Aos meus pais, **Armando e Fátima**, por me acolherem como filha e me proporcionarem a bênção de ter uma família, e por serem os meus principais incentivadores nas batalhas da vida! Amo vocês!

Ao meu amor e amigo, **Hugo**, essencial nesta caminhada, sempre me dando apoio e amor. Sendo porto seguro em momentos de aflição. Te amo!

Ao meu filho, **Heitor**, agradeço todos os dias pela dádiva de ser sua mãe. Você é o presente mais lindo que Deus me deu. Você ilumina minha vida e me faz lutar diariamente pelos nossos sonhos. Te amo, meu pequeno!

A minha orientadora, **Marta Miriam**, palavras são insuficientes para agradecer por tanto carinho e compreensão, por não ter desistido de mim! Quantas vezes ia ao seu encontro com o coração aflito e saía cheia de esperança. Agradeço a Deus pela sua vida e peço que Ele a abençoe cada vez mais!

A minha sogra, dona **Eudemira**, por ser uma mãe para mim, sempre preocupada com o bem estar de todos que estão em sua volta. Por ter cuidado de Heitor com tanto carinho e zelo enquanto eu precisava estudar e trabalhar. Por ser ouvido acolhedor e calma na tempestade.

Aos meus irmãos, **Janaina e Joelson**, e aos meus sobrinhos **Jonathan e Jonas**, pelas conversas recheadas de carinho e de amor, que recarregam minhas energias. Vocês são essenciais na minha vida.

A minha mãe, **Marisete**, que mesmo distante ainda é incentivo para que eu siga adiante e lhe proporcione uma vida melhor.

Ao meu sogro, seu **Anilton**, por todo apoio e incentivo em todos esses anos

A minha cunhada e comadre, **Maryjane**, por todas as palavras de carinho, incentivo e compreensão.

Aos meus cunhados **Rodolfo e Harley**, que tanto ajudaram no cuidado a Heitor enquanto eu trabalhava e estudava.

A minha madrinha, **Teca**, por tanto amor e zelo. Por me mostrar o amor que Deus tem por nós.

A minha amiga e irmã, **Thays**, por sua parceria, companheirismo e amor. Agradeço a Deus pela oportunidade de desfrutar de uma amizade sincera e leal. Obrigada por todo cuidado e amor em todos esses anos. Nunca vou esquecer o que ouvi: “Amigo de verdade é aquele que te aproxima de Deus!” Posso dizer que você é minha amiga de verdade! Amo você;

Aos amigos, **Paloma, Ana, Thereza, Maria, Carla, Thayris, Danielma e Thalys**. Inúmeras vezes vocês foram instrumentos de Deus em minha vida, dando apoio, acreditando mais em mim, do que eu mesma. Foram verdadeiros anjos que não me deixaram cair e ainda me ensinaram como voar novamente. Vejo o amor de Deus em vocês. Se cheguei até aqui, com certeza, foi com a ajuda de vocês.

Aos amigos da turma de doutorado, marcada pela verdadeira união, em especial **Saemmy**, por toda a parceria e generosidade, deixando o doutorado mais leve. Sempre preocupada em ajudar as pessoas, mesmo com tantas demandas. Você é iluminada por Deus.

Aos membros da banca examinadora, **Profa. Dra. Jacira, Profa. Dra. Lidiane, Profa. Dra. Danielle, Profa. Dra. Cleide Rejane, Profa. Dra. Kenya e Profa. Dra. Gerlane**, formada por mulheres extraordinárias, fortes e que tanto contribuem para a Enfermagem. São pessoas que admiro muito pela competência, pela sensibilidade e pela história de vida e de sucesso.

À aluna de iniciação científica, **Lays**, pela responsabilidade, compromisso e cuidado na execução da coleta de dados.

À **Nathali Costa**, por ser sinônimo de confiança, paciência e tranquilidade, sempre dando apoio e ajudando no possível e, até mesmo, impossível.

A todos os que fizeram parte dessa caminhada, direta ou indiretamente, muito obrigada!

*'Tá chorando por quê?
Se você tem um Deus
Que cuida de você, oh
E jamais te esqueceu
Ele sabe de tudo
Que você 'tá passando
E mandou te dizer
Que Ele está cuidando
Lembra de onde você veio
E aonde que você chegou
Lembra de todos os livramentos
Que você já passou
Nem era para você 'tá aqui
Mas Deus falou assim
Esse aí vou levantar
E onde colocar a mão eu vou abençoar
Não chore quem cuida de você não dorme
Levanta, tem muita gente que te ama
Deus mandou te dizer que vai acontecer
Deus mandou te falar que tudo vai passar”*

Filipe Escandurras

RESUMO

OLIVEIRA, Patrícia Simplício de Oliveira. **Construção de protocolo de educação para o autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2**. 2022. 209f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Introdução: O Diabetes Mellitus é considerado um dos grandes problemas de saúde da atualidade, com aumento substancial de novos casos a cada ano em todo o mundo. **Objetivo:** Construir protocolo de educação para o autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 à luz da teoria Sistema Apoio-educação, proposta por Dorothea Orem. **Método:** Trata-se de um estudo do tipo metodológico de abordagem quanti-qualitativa. O estudo foi desenvolvido em quatro etapas: pesquisa de campo, revisão de literatura, mapeamento das intervenções da NIC e construção do protocolo. A análise dos dados foi realizada com auxílio do software SPSS e por meio da Análise Temática proposta por Bardin. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, CAAE 03459112.1.0000.5188. **Resultados:** Foram mapeadas 22 intervenções e 65 atividades de Enfermagem, agrupadas de acordo com a semelhança das atividades, para melhor compreensão. Assim, surgiram três grupos principais de intervenções, com suas respectivas atividades: Estratégias para acompanhamento/avaliação; Atividades de autocuidado; Aspectos psicossociais/comportamento/aprendizagem. Elaborado fluxograma de operacionalização do Protocolo de Educação para o autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Conclusão:** Espera-se que o protocolo desenvolvido possa servir de guia para o desenvolvimento de intervenções e estratégias educacionais e, principalmente, proporcionar melhora da qualidade de vida das pessoas com DM2 por meio da capacitação para autonomia do seu cuidado. O desenvolvimento deste protocolo evidenciou a importância da prática baseada em evidência e das teorias de Enfermagem. A utilização desses recursos mostrou a produção de resultados que impactam de forma positiva a vida das pessoas que recebem os cuidados de profissionais de Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem; Diabetes Mellitus tipo 2; Autocuidado; Educação em Saúde; Protocolo.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Patrícia Simplício de Oliveira. **Construction of an education protocol for the self-care of people with type 2 Diabetes Mellitus.** 2022. 209f. Thesis (Doctorate in Nursing). Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brazil.

Introduction: Diabetes Mellitus is considered one of the major health problems today, with a substantial increase in new cases every year around the world. **Objective:** To build an education protocol for the self-care of people with type 2 Diabetes Mellitus in the light of the Support-Education System theory, proposed by Dorothea Orem. **Method:** This is a methodological study with a quantitative-qualitative approach. The study was developed in four stages: field research, literature review, mapping of NIC interventions and protocol construction. Data analysis was performed using the SPSS software and through the Thematic Analysis proposed by Bardin. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Health Sciences Center of the Federal University of Paraíba, CAAE 03459112.1.0000.5188. **Results:** 22 interventions and 65 Nursing activities were mapped, grouped according to the similarity of the activities, for better understanding. Thus, three main groups of interventions emerged, with their respective activities: Strategies for monitoring/evaluation; self-care activities; Psychosocial aspects/behavior/learning. A flowchart for the operationalization of the Education Protocol for the self-care of people with type 2 Diabetes Mellitus was elaborated. **Conclusion:** It is expected that the developed protocol can serve as a guide for the development of educational interventions and strategies and, mainly, provide an improvement in the quality of life of people with DM2 through training for autonomy in their care. The development of this protocol highlighted the importance of evidence-based practice and nursing theories. The use of these resources showed the production of results that positively impact the lives of people who receive care from Nursing professionals.

Keywords: Nursing; Diabetes Mellitus, Type 2; Self Care; Health Education; Guideline.

RESUMEN

OLIVEIRA, Patrícia Simplício de Oliveira. **Construcción de un protocolo de educación para el autocuidado de personas con Diabetes Mellitus tipo 2.** 2022. 209f. Tesis (Doctorado en Enfermería). Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Introducción: La Diabetes Mellitus es considerada uno de los principales problemas de salud en la actualidad, con un aumento sustancial de nuevos casos cada año en todo el mundo. **Objetivo:** Construir un protocolo de educación para el autocuidado de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 a la luz de la teoría del Sistema de Apoyo-Educación, propuesta por Dorothea Orem. **Método:** Se trata de un estudio metodológico con enfoque cuantitativo-cualitativo. El estudio se desarrolló en cuatro etapas: investigación de campo, revisión de la literatura, mapeo de las intervenciones de la NIC y construcción del protocolo. El análisis de los datos fue realizado con el software SPSS y por medio del Análisis Temático propuesto por Bardin, proyecto aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, CAAE 03459112.1.0000.5188. **Resultados:** Fueron mapeadas 22 intervenciones y 65 actividades de Enfermería, agrupadas según la similitud de las actividades, para una mejor comprensión. Surgieron así tres grandes grupos de intervenciones, con sus respectivas actividades: Estrategias de seguimiento/evaluación; actividades de autocuidado; Aspectos psicosociales/conducta/aprendizaje. Se elaboró un flujograma para la operacionalización del Protocolo Educativo para el autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2. **Conclusión:** Se espera que el protocolo desarrollado pueda servir de guía para el desarrollo de intervenciones y estrategias educativas y, principalmente, proporcionar una mejora en la calidad de vida de las personas con DM2 a través de la formación para la autonomía en su cuidado. El desarrollo de este protocolo destacó la importancia de la práctica basada en la evidencia y las teorías de enfermería. El uso de estos recursos mostró la producción de resultados que impactan positivamente en la vida de las personas que reciben cuidados de los profesionales de Enfermería.

Palabras clave: Enfermería; Diabetes Mellitus tipo 2; Autocuidado; Educación en Salud; Guía.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas.	28
Figura 2 – Representação diagramática da Teoria de enfermagem do déficit de autocuidado	36
Figura 3 – Modelo esquemático das etapas operacionais do estudo. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022	40
Figura 4 - Diagrama de fluxo da seleção dos estudos incluídos na revisão segundo o PRISMA. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022	80
Figura 5 – Distribuição com os instrumentos utilizados, de acordo com a área de avaliação. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022	115
Figura 6 – Fluxograma de operacionalização do Protocolo de Educação para o Autocuidado de Pessoas com DM2. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022	145

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das pessoas com DM2 de acordo com as características sociodemográficas, clínicas e tratamento para o diabetes (n=54). João Pessoa, PB, Brasil, 2022.	63
Tabela 2 – Distribuição das pessoas com DM2 de acordo com a adesão às atividades de autocuidado mensuradas pelo QAD (n=54). João Pessoa, PB, Brasil, 2022	67
Tabela 3 – Distribuição das pessoas com DM2 de acordo com a frequência de consumo do último cigarro. João Pessoa, Paraíba, Brasil (n=54). João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022	68
Tabela 4 – Distribuição dos temas abordados nas intervenções/estratégias educativas identificados nos estudos analisados na revisão de escopo. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.	112

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Seleção de descritores indexados no vocabulário controlado nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH), títulos CINAHL e Thesaurus ERIC. João Pessoa – PB, Brasil, 2022	49
Quadro 2 – Estratégia de busca nas bases de dados. João Pessoa, PB, Brasil, 2022	50
Quadro 3 – Distribuição das intervenções e atividades de Enfermagem da NIC, de acordo com o nível da categoria. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022	56
Quadro 4 -Intervenções e estratégias educacionais para o autocuidado de pessoas com DM2, identificadas a partir dos discursos das enfermeiras. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022	78
Quadro 5 - Caracterização dos artigos incluídos nesta revisão. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022	82
Quadro 6 – Caracterização dos estudos quanto ao objetivo, participantes do estudo, intervenção/estratégia educacional, instrumentos específicos utilizados, principais resultados, tipo de estudo e nível de evidência. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.	87
Quadro 7 – Distribuição das intervenções e estratégias educativas de acordo com o formato utilizado: grupo, grupo e individual, individual. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022	113
Quadro 8 – Distribuição das Intervenções de Enfermagem da NIC, de acordo com o mapeamento cruzado das atividades de Enfermagem da NIC com as atividades da Revisão de Literatura e Pesquisa de Campo. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022	117

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Objetivo Geral	23
1.2 Objetivos Específicos	23
2 REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 Diabetes mellitus , autocuidado e enfermagem: estado da arte	25
3 REFERENCIAL TEÓRICO	33
3.1 Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado	34
4 MÉTODOS	39
4.1 Etapas operacionais do estudo	40
4.1.1 Pesquisa de Campo	41
4.1.1.2 Tipo de estudo, local e objetivos	41
4.1.1.3 População e amostra	41
4.1.1.4 Procedimento para coleta de dados	43
4.1.1.5 Instrumentos para a coleta de dados	43
4.1.1.6 Análise dos dados	44
4.1.1.7 Aspectos Éticos	44
4.1.1.8 Limitações do Estudo	45
4.1.2 Revisão de literatura	46
4.1.2.1 Protocolo de revisão de literatura	46
4.1.2.2 Pergunta de revisão	46
4.1.2.3 Critérios de inclusão	46
4.1.2.4 Estratégia de pesquisa	48
4.1.2.5 Seleção dos estudos	51

4.1.2.6 Extração de dados	51
4.1.2.7 Apresentação e análise dos dados	51
4.1.3 Mapeamento cruzado das intervenções da NIC	53
4.1.4 Construção do protocolo	59
5 RESULTADOS	61
5.1 Pesquisa de Campo	62
5.1.1 Abordagem quantitativa	62
5.1.2 Abordagem qualitativa – pessoas com DM2	69
5.1.3 Abordagem qualitativa – enfermeiras	73
5.1.3.1 Identificação de intervenções e estratégias educacionais	78
5.2 Revisão de literatura	80
5.3 Mapeamento cruzado	116
5.4 Construção do Protocolo	143
6 DISCUSSÃO	179
7 CONCLUSÃO	185
REFERÊNCIAS	188
APÊNDICES	195
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pessoas com DM	196
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Enfermeiros	197
APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados para as pessoas com DM s	198
APÊNDICE D – Roteiro para coleta de dados dos enfermeiros	200
APÊNDICE E – Instrumento para extração de dados	201
ANEXOS	202
ANEXO A – Questionário de atividades de autocuidado com Diabetes -	203
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética	205

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Sempre quis atuar na área da saúde, pois a dedicação que os profissionais desse seguimento têm pela sua profissão e a importância em promover a recuperação e manutenção da saúde das pessoas me encantam. E a escolha pelo curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem foi motivada por considerar a profissão mais completa na área da saúde e a que mais está próxima das pessoas, pois tem em seu âmago o cuidar do outro em todas as suas dimensões: biológica, psicológica, social e espiritual. Então, iniciei o curso de Enfermagem em 2008, na Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Mas, desde criança, também carrego comigo a paixão pelo ensino. Então, sempre busquei caminhos na Universidade que me levassem à carreira acadêmica. Logo, no ano de 2009, ingressei no Grupo de Estudos e Pesquisas no Tratamento de Feridas (GEPEFE) da UFPB, por ter afinidade na área de tratamento de feridas, com o objetivo de aprender e contribuir com os estudos, sob a orientação da minha atual orientadora que, cuidadosa e carinhosamente, me apresentou ao “mundo da pesquisa”.

No GEPEFE, havia três linhas de estudos na época: lesão por pressão, hanseníase e pé diabético. O que mais me chamou atenção por todo o contexto social, econômico e emocional envolvidos e por ser uma condição sensível à prevenção, liderada, principalmente, pelo enfermeiro, foi o pé diabético. Assim, direcionei meus estudos para a elaboração de pesquisas com foco na prevenção de complicações do Diabetes Mellitus.

No ano de 2011, surgiu a oportunidade de participar como bolsista do projeto de Iniciação Científica que tinha como tema “Fatores de risco para o desenvolvimento de complicações crônicas em pessoas com Diabetes Mellitus (DM)”. A pesquisa foi desenvolvida na Atenção Primária do município de João Pessoa - PB e identificou alta prevalência de fatores de risco e complicações crônicas, embora as pessoas fossem acompanhadas com frequência pela equipe multiprofissional.

Diante desse cenário, nos anos de 2012 e 2013, fazendo parte de outro projeto de Iniciação Científica e do Trabalho de Conclusão de Curso, respectivamente, a pesquisa com DM foi direcionada para os profissionais de Enfermagem, por serem o que demandam maior tempo de cuidado para esse público, com o intuito de investigar quais ações de prevenção de complicações estavam sendo realizadas por eles. O estudo evidenciou que os profissionais realizavam suas ações de acordo com as recomendações das diretrizes vigentes (OLIVEIRA, et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2014).

Nessa perspectiva, em que foi evidenciado que o cuidado dos profissionais de Enfermagem não estava refletindo na prevenção de complicações crônicas, foi percebida a necessidade em desenvolver o projeto de pesquisa para investigar o conhecimento e as atitudes das pessoas com DM, pois são fatores essenciais para que eles realizem o autocuidado e, assim, previnam o surgimento de complicações.

Esse projeto de pesquisa foi desenvolvido durante o mestrado acadêmico em Enfermagem (2014-2016), no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB, por meio de investigação realizada com 110 pessoas com DM no ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em João Pessoa – PB. O HULW foi escolhido por ser referência no atendimento às pessoas com DM descompensada e por atender, em sua maioria, pessoas oriundas da Estratégia Saúde da Família de João Pessoa – PB.

Foi constatado que 84,5% das pessoas com DM possuíam déficit de conhecimento em relação à doença e 98,2% apresentavam atitudes negativas de enfrentamento o que corrobora para a não adesão ao autocuidado. Além disso, foi evidenciado que 88,2% das pessoas com DM não participavam de grupos de educação (OLIVEIRA et al., 2017).

Diante da citada trajetória acadêmica e dos resultados dos estudos já realizados, além da educação para o autocuidado ser fortemente recomendada pelos órgãos de referência em Diabetes Mellitus, esta pesquisa para o nível Doutorado, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB, destina-se a construir um protocolo de educação para o autocuidado em DM, com o objetivo de auxiliar a prática dos profissionais de Enfermagem e contribuir na adesão ao autocuidado das pessoas com DM.

Para isso, a tese está estruturada em seções da seguinte forma:

Introdução: onde apresenta-se a temática, contextualizando-a, expondo a sua relevância, questão de pesquisa, hipótese e objetivos.

Revisão de literatura: realizado o aprofundamento da temática, traçando todo o histórico que ratifica a importância da educação para o autocuidado em DM no contexto da Atenção Primária em Saúde.

Referencial Teórico: apresenta-se o arcabouço teórico que embasa a pesquisa, com uma reflexão sobre o mesmo.

Métodos: trata-se da descrição das quatro etapas realizadas no desenvolvimento do estudo.

Resultados: apresentação dos achados das quatro etapas do estudo.

Protocolo de Educação para o Autocuidado de Pessoas com Diabetes Mellitus

tipo 2: explica o funcionamento do protocolo e apresenta o fluxograma.

Discussão: análise dos dados com evidências na literatura.

Conclusão: expõe em síntese os achados, perspectivas do pesquisador e impactos do uso do protocolo para a pessoa.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado um dos grandes problemas de saúde da atualidade, com aumento substancial de novos casos a cada ano em todo o mundo. Em 2019 foi estimada a existência de 463 milhões de pessoas com DM no mundo, com projeções para que esse número aumente para 700 milhões em 2045. O Brasil lidera os países da América Latina com as maiores ocorrências da doença, representado por 16,8 milhões de brasileiros podendo atingir o número de 26 milhões nos próximos 15 anos (IDF, 2019).

O DM é compreendido como um distúrbio metabólico crônico, caracterizado por hiperglicemia persistente, consequência da síntese insuficiente e/ou problemas na atividade da insulina. Dentre a classificação etiológica, o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é o mais prevalente, sendo responsável por cerca de 95% dos casos, com maior acometimento a partir de 40 anos de idade (AMARAL; RIBEIRO; ROCHA, 2021; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

A elevada prevalência e incidência do DM estão associadas, principalmente, às mudanças no estilo de vida, como o aumento da ingestão de alimentos processados, com alto teor de gordura e açúcar e redução da prática de exercícios físicos, como também, ao aumento da expectativa de vida e ao processo de urbanização. Ressalta-se ainda a ausência de políticas públicas efetivas que poderiam ser primordiais na prevenção, barrando a ascensão do DM (IDF, 2019; MACEDO et al., 2017).

Junto com a representatividade epidemiológica no cenário mundial, o DM possui elevada morbimortalidade por apresentar complicações inerentes a sua evolução crônica e ao mau controle glicêmico podendo causar disfunções agudas, como a cetoacidose e hipoglicemia, complicações crônicas microvasculares (nefropatia, retinopatia e neuropatia) e macrovasculares (doença vascular periférica, doença arterial coronariana e acidente vascular cerebral) (MENEZES; LOPES; NOGUEIRA, 2016).

Essas complicações, além de serem responsáveis por mortes prematuras, diminuem a qualidade de vida das pessoas com DM por limitarem as atividades laborais e de lazer, impactando de forma negativa na economia da sociedade pelo aumento do absenteísmo, licenças para tratamento e aposentadoria por invalidez (SILVA et al., 2018; PUCCI et al., 2018).

Considera-se ainda que o DM é um transtorno complexo em função do seu tratamento que envolve diversos pilares e exige que a pessoa acometida tenha disciplina

e participação ativa, com a realização de atividades de autocuidado como a adesão à alimentação saudável, práticas de exercício físico regular, automonitorização da glicemia, uso correto dos medicamentos, cuidados com os pés (LARRÉ et al., 2018).

Essa complexidade associada à falta de conhecimento e à dificuldade de manter e incorporar novos comportamentos de saúde favorece a baixa adesão ao tratamento, o que se configura em um desafio para os profissionais de saúde que precisam considerar os fatores sociais, econômicos e culturais que contribuem para que as pessoas com DM tenham impedimentos em seguir seu plano terapêutico (LARRÉ et al., 2018; TORRES; PACE; CHAVES, 2018; PRADO; SOARES, 2015).

Como estratégia para vencer essas barreiras, ações de promoção da saúde, com foco na educação para o autocuidado, são consideradas primordiais para a adesão ao tratamento, por proporcionar conhecimento sobre a doença, oferecendo recursos para que a pessoa com DM tenha autonomia sobre sua condição de saúde (ASSUNÇÃO et al., 2017).

O autocuidado é definido por Dorothea Orem como a prática da pessoa em desenvolver ações em seu próprio benefício na manutenção da vida, saúde e bem-estar, estando diretamente relacionado às habilidades, limitações, valores, regras culturais e científicas da própria pessoa (OREM, 2001).

Estudos comprovam que as pessoas que são educadas para o autocuidado em DM têm seus níveis glicêmicos reduzidos, como também as taxas de complicações, constatando que o êxito na gestão do DM depende da capacidade de realizar práticas de autocuidado (TORRES et al., 2018; MACEDO et al., 2017).

A educação para o autocuidado em DM contribui para o aumento do nível de conhecimento em relação à condição crônica e à prevenção de suas complicações, favorecendo a superação de barreiras relacionadas a fatores sociais e emocionais que podem afetar a qualidade e o tempo de vida das pessoas acometidas por essa condição crônica (CHAVES et al., 2019).

Dessa forma, a educação se confirma como o centro do cuidado e do tratamento de DM, sendo fortemente recomendada pela *American Diabetes Association*, que afirma que todas as pessoas com DM devem ser educadas para o autocuidado (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011; EID et al., 2018).

Para promover ações de educação para o autocuidado, os enfermeiros são profissionais de saúde que se destacam por serem os que demandam maior tempo de cuidado para esse público em todos os níveis de atenção e também por terem em sua

formação aspectos importantes que os capacitam para liderarem ações de promoção e proteção da saúde, conduzindo a pessoa com DM para uma gestão autônoma e responsável do seu cuidado (ARRUDA et al., 2020; BATISTA et al., 2020; REZENDE NETA; SILVA; SILVA, 2015).

Atividades envolvendo a assistência e a educação para o autocuidado, desenvolvidas por enfermeiros na Atenção Primária, contribuem para a adesão ao tratamento, como evidencia o ensaio clínico randomizado realizado com homens com DM2 no Paraná que demonstrou que a educação para o autocuidado apresentou resultados positivos e estatisticamente significativos para a adesão ao tratamento (ARRUDA et al., 2020; BATISTA et al., 2020).

A Atenção Primária é um importante cenário para execução dessas ações, já que o DM é considerado como um problema de saúde sensível a este nível de atenção, sendo decisiva na prevenção de hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares por atuar como porta de entrada no sistema de saúde e coordenar o cuidado (BORGES; LACERDA, 2018).

No entanto, a realidade do sistema de saúde brasileiro apresenta pontos frágeis que contribuem para a não realização de educação em DM para o autocuidado pelos profissionais de saúde: a alta demanda de pessoas para serem atendidas em curto espaço de tempo, o baixo investimento econômico, a supervalorização de procedimentos técnicos tanto pelos profissionais quanto pelos usuários, a ausência de metodologias uniformes e práticas que norteiem a execução de atividades educativas, bem como a falta de capacitação dos profissionais podem ser considerados fatores que favorecem essa fragilidade (SBD, 2019; SALCI et al., 2018; BORGES; LACERDA, 2018).

Nesta perspectiva, a utilização de protocolos assistenciais se mostra como uma importante ferramenta para modificar esse cenário, pois é um recurso que proporciona maior segurança aos usuários e profissionais, reduz a variabilidade de ações no cuidado, melhora a qualificação profissional na tomada de decisão assistencial, facilita a incorporação de novas tecnologias, uso racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos (PIMENTA et al., 2015; LEMOS; POVEDA; PENICHE, 2017).

Os protocolos assistenciais tem o objetivo de orientar, auxiliar e favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, atendendo aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do

sistema de saúde nacional, estadual e municipal (PIMENTA et al., 2015; FIGUEIREDO et al., 2018; FARIAS et al., 2017).

Os protocolos são determinantes na organização e qualidade do processo de trabalho do Enfermeiro, trazendo maior autonomia nas tomadas de decisões, por serem considerados instrumentos práticos e confiáveis, com alto rigor metodológico, baseado nas melhores evidências clínicas, com intervenções e orientações padronizadas, mas adaptadas a cada realidade (SANTOS et al., 2020; LAUTERTE et al., 2020).

Estudo realizado com enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, do Rio de Janeiro, com o objetivo de analisar os protocolos de Enfermagem como um instrumento para a qualidade da prática, evidenciou que os enfermeiros consideram os protocolos instrumentos que norteiam o cuidado, promovendo segurança profissional e qualidade no cuidado prestado (ARAÚJO et al., 2020).

Diante de todos os aspectos que envolvem o processo saúde-doença do DM, das evidências de que a educação é primordial para a eficácia do tratamento e da ausência de protocolo de educação para o autocuidado voltado para a Atenção Primária, as seguintes questões foram formuladas:

- ✓ Quais são as estratégias e as intervenções educativas exploradas na literatura nacional e internacional que contribuem para a adesão ao autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2?
- ✓ A estruturação de um protocolo de educação para o autocuidado à luz da teoria Sistema Apoio-educação, proposta por Dorothea Orem, subsidiará os enfermeiros no cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2, proporcionando adesão às atividades de autocuidado?

Desse modo, foi formulada a seguinte tese: O protocolo de educação para o autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2, à luz da teoria Sistema Apoio-educação, proposta por Dorothea Orem, contribuirá para padronização da assistência de enfermagem, aumentando a adesão ao autocuidado das pessoas com Diabetes Mellitus.

1.1 Objetivo Geral

- ✓ Construir protocolo de educação para o autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 à luz da teoria Sistema Apoio-educação, proposta por Dorothea Orem.

1.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar e sistematizar as melhores evidências científicas, na literatura, de estratégias e intervenções educacionais para adesão ao autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2
- ✓ Estruturar protocolo de educação para o autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2;

REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Diabetes mellitus , autocuidado e enfermagem: estado da arte

Um dos principais desafios no campo da saúde é a busca por estratégias que viabilizem e mantenham a adesão ao tratamento, principalmente, quando se trata de condições crônicas de saúde. Uma destas condições é o DM, que exige da pessoa acometida mudanças no estilo de vida e protagonismo no seu cuidado (FRAGOSO et al., 2019).

A característica crônica do DM impõe modificações severas no estilo de vida das pessoas acometidas, exigindo que haja adesão a cuidados como manter uma alimentação saudável, realizar atividade física, monitorizar a glicemia capilar, abandonar o tabagismo e o etilismo, usar corretamente as medicações. É uma doença com evolução complexa e que demanda atenção permanente, favorecendo a não adesão ao tratamento e, conseqüentemente, o controle metabólico inadequado (SOUZA et al., 2017).

O controle metabólico é considerado o principal objetivo no tratamento do DM, por sua má gestão determinar o surgimento de complicações crônicas precocemente, levando à alta mortalidade. A Federação Internacional de Diabetes estima que, em 2019, mais de quatro milhões de adultos com idade entre 20 e 79 anos tenham morrido por DM e suas complicações, o que equivale a uma morte a cada oito segundos, correspondendo a 11,3% das mortes no mundo (IDF, 2019).

As complicações crônicas do DM ocasionam impactos negativos tanto para a pessoa acometida quanto para a sociedade, visto que há redução da qualidade de vida, da produtividade e aumento dos custos para os serviços de saúde, representado por cerca de 4 bilhões de dólares no Brasil, comparados com 0,8 bilhões na Argentina e 2 bilhões no México (SANTOS et al., 2018).

Nesta perspectiva, para prevenir esses danos, a adesão à prática de atividades de autocuidado é considerada a principal estratégia para o controle glicêmico com o objetivo de reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida (QUEMBA-MESA; CAMARGO-ROSAS; GONZÁLES-JIMENEZ, 2021).

O autocuidado pode ser definido como uma prática realizada para manutenção das condições essenciais à vida e à integridade do seu funcionamento e desenvolvimento (OREM, 1995); sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde para as pessoas com DM como ferramenta para controlar sua doença (OMS, 2003).

A adesão ao autocuidado remete a uma participação ativa, voluntária e colaborativa da pessoa com a doença para a realização de comportamentos necessários para atingir resultados terapêuticos, participação no estabelecimento de metas e no planejamento do tratamento. Sobre esse conceito, acredita-se ainda, que fatores demográficos, sociais, psicológicos, relacionados aos profissionais de saúde, ao sistema de saúde e a doença podem interferir no seu cumprimento (SOUZA et al., 2017).

Diante da complexidade do tratamento e da necessidade de participação ativa e diária, as pessoas com DM apresentam dificuldades quanto à adesão às atividades de autocuidado, principalmente pelo déficit de conhecimento da doença e do tratamento, falta de apoio de familiares e amigos, relação com o profissional de saúde, isolamento social, influências sociais, econômicas e culturais (TORRES et al., 2018).

Nesse sentido, para assumir a responsabilidade do papel terapêutico, a pessoa com DM precisa adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades que a capacitem para o autocuidado. A educação da pessoa com DM é uma das estratégias que contribui para essa capacitação, trazendo resultados positivos como o controle glicêmico e redução das complicações decorrentes da doença não controlada (ASSUNÇÃO et al., 2017).

A Sociedade Brasileira de Diabetes define a educação em diabetes como o principal instrumento para tornar a pessoa acometida protagonista do seu cuidado, apresentando como principais objetivos: atenuar as barreiras existentes entre a pessoa com DM, familiares, comunidade e profissionais de saúde; qualificar a pessoa com DM para o autocuidado; apresentar melhoria nos exames; prevenir e minimizar as complicações do DM, proporcionando qualidade de vida (SBD, 2019).

O caminho para a consolidação da educação em DM no Brasil deu início a partir do ano de 2001, com a elaboração do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus que apresentava como objetivo identificar e vincular às equipes da rede básica de saúde as pessoas com DM, com o propósito de melhorar a comunicação entre equipes de saúde e comunidade assistida (BRASIL, 2001).

Contudo, a ênfase para a educação em DM surgiu apenas em 2006, por meio da Lei Federal 11.347, regulamentada pela Portaria 2.583, do Ministério da Saúde (2007), que condiciona a entrega de medicamentos e insumos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à participação de pessoas com diabetes em programas de educação promovidos pelas unidades de saúde (BRASIL, 2006).

No mesmo ano, 2006, foi lançado o Caderno de Atenção Básica nº 16 sobre Diabetes Mellitus, elaborado para os profissionais de saúde, com o propósito de orientar

o cuidado na prevenção, identificação de grupos de risco, diagnóstico precoce, terapia farmacológica e não farmacológica, educação e preparo da pessoa com DM e familiares para o autocuidado (BRASIL, 2006b).

Outro marco importante foi a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde, também no ano de 2006, que apresenta como propósito:

[...] que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2010, p.11).

A atenção para o DM no Brasil foi fortalecida com a aprovação, pela Organização das Nações Unidas (ONU), do Dia Mundial do Diabetes em 2006, comemorado todos os anos em 14 de novembro, em alusão ao aniversário de Sir Frederick Banting, que descobriu a insulina junto com Charles Best em 1922. A data comemorativa resgata a importância de manter o DM como centro das políticas públicas em todo o mundo, tanto para sua prevenção quanto para a melhoria da qualidade de vida das pessoas já diagnosticadas (IDF, 2021).

Em 2008, o lançamento das Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) corroborou o interesse do Estado em desenvolver estratégias que integrem o cuidado nas diferentes esferas de atenção à saúde para reduzir as taxas de morbimortalidade (BRASIL, 2008).

Contudo, os números cada vez mais crescentes nas taxas de morbimortalidade, a nível mundial, provocou a ONU a convocar os líderes mundiais para uma reunião, no ano de 2011, com a participação dos chefes de Estado para discutir sobre estratégias de enfrentamento das DCNT (BRASIL, 2011).

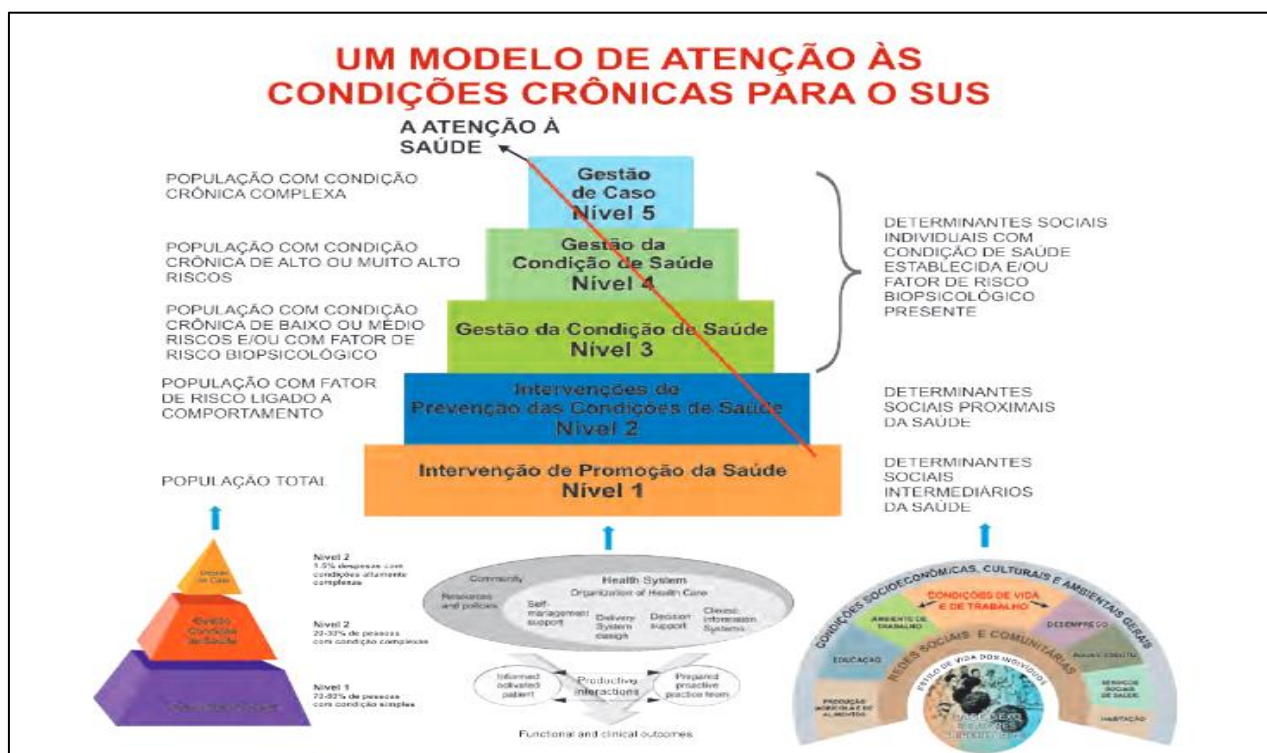
Neste mesmo ano, o Brasil elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, para apresentar na reunião convocada pela ONU, propondo a diminuição da morbimortalidade do acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial sistêmica, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas; assim como, dos fatores de risco modificáveis como tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade; além da melhoria de acesso a medicamentos e insumos (MALTA et al., 2017; BRASIL, 2011).

No referido Plano, o Ministério da Saúde propõe a utilização de modelos de atenção de abordagem integral, dentre eles, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto por Mendes (2012) e construído a partir do *Chronic Care Model (CCM)*, apresentado em 1998 pelo *MacColl Institute for Health Care Innovation*.

O CCM é composto por dois elementos essenciais: o sistema de atenção à saúde e a comunidade; em que no primeiro, as ações para promover mudanças devem estar focadas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado; já no segundo, o foco está na articulação dos serviços com os recursos da comunidade (MENDES, 2012; MENDES, 2018).

Para contemplar a realidade brasileira e atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), foi incorporada na elaboração do MACC, além do CCM, dois outros modelos: Modelo de Pirâmide de Riscos (MPR) e o Modelo da Determinação Social da Saúde (MDSS) (Figura – 1) (MENDES, 2012; SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

Figura 1 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas



Fonte: BRASIL, 2014

O MPR divide as pessoas com doenças crônicas em grupos: condição leve, moderada e severa, associada com a capacidade de autocuidado: forte, moderada e baixa; a partir dessa estratificação, determina as estratégias de intervenção em autocuidado e cuidado profissional. Já o MDSS considera que fatores como as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, condições de vida e de trabalho, redes sociais e comunitárias, estilo de vida e características individuais podem ser a causa do comportamento das pessoas (MENDES, 2012).

O Ministério da Saúde utiliza o MACC como referência para implantação das políticas de atenção às pessoas com doença crônica, o que levou ao desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em 2012, redefinida em 2014, colocando como um dos princípios e objetivos da rede o fortalecimento da autonomia do usuário para realização do autocuidado (BRASIL, 2015; SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

De acordo com a referida Rede de Atenção à Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como o eixo central na coordenação do cuidado, agindo como porta de entrada e sendo responsável por uma assistência contínua e integral, de forma individual e coletiva, considerando os fatores sociais, econômicos, políticos e epidemiológicos, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, e reabilitação (BRASIL, 2015; CARLONI et al., 2021; LIMA et al., 2020).

A APS, fortalecida pela Declaração de Alma-Ata em 1978 e iniciada no Brasil em 1993, integrou os princípios da Reforma Sanitária, priorizando o sistema integral e universal de atenção à saúde, e se concretiza por meio da Estratégia Saúde da Família, implantada em toda extensão do Brasil com assistência de equipe multidisciplinar (SOUSA et al., 2020).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.436 em 2017, destaca e fomenta o importante papel da Atenção Primária na realização de ações educativas para o desenvolvimento de autonomia dos usuários no seu próprio cuidado, colocando as unidades de saúde como locais propícios e com potencial para a educação, realização de pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica (BRASIL, 2017).

A PNAB corrobora em suas diretrizes o cuidado centrado na pessoa, com destaque para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que contribuam na prática do autocuidado:

[...] aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. (BRASIL, 2017).

Desse modo, é perceptível que o histórico de construção da saúde no Brasil confirma o autocuidado como principal estratégia de enfrentamento das condições crônicas, com foco no empoderamento das pessoas, por meio de intervenções educacionais que promovam conhecimento e atitudes positivas diante do problema de saúde (COLLET et al., 2018; ULBRICH et al., 2018).

Diante deste contexto, a atuação do enfermeiro se torna estratégica e fundamental por agregar competências que favorecem o cuidado holístico, tanto individual quanto coletivo, considerando os aspectos técnicos-científicos, como também a arte do cuidar diante da imprevisibilidade humana (METELSKI et al., 2020).

A PNAB aponta como atribuições específicas do enfermeiro na APS, dentre outras atividades, o acompanhamento individual e coletivo da população, com a realização da consulta de enfermagem e o desenvolvimento de ações educativas com foco na promoção do autocuidado (BEAL et al., 2020; BRASIL, 2017).

A consulta de Enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro que possibilita o desenvolvimento de sua prática profissional de forma autônoma, sendo uma importante ferramenta para a realização de educação em saúde, proporcionado conhecimento à pessoa com DM sobre seu processo saúde-doença e incentivando a ter atitudes positivas no seu cuidado (MATIAS; KAIZER; SÃO-JOÃO, 2021; SILVA et al., 2020).

Regulamentada desde 1986 pela Lei nº 7.498, a consulta de Enfermagem propicia a comunicação efetiva entre o profissional e a pessoa com DM, aumentando o vínculo e a confiança, o que permite identificar com maior precisão as reais necessidades e planejar a assistência de maneira individualizada, gerando um ambiente favorável para o

desenvolvimento de ações educativas que oportunizam a aprendizagem significativa e melhorem a adesão ao tratamento (NEIVA; NOGUEIRA; PEREIRA, 2020; TRESCHER et al., 2020).

Conforme a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) possibilita a operacionalização do Processo de Enfermagem, o qual é considerado como um instrumento metodológico que orienta e documenta a prática profissional, e pode ser compreendido como a organização sistemática da consulta de Enfermagem (COFEN, 2009).

O Processo de Enfermagem deve ser realizado em todos os locais em que haja atuação do enfermeiro, sendo disposto em cinco etapas interrelacionadas, interdependentes e dinâmicas: coleta de dados, diagnóstico de Enfermagem, planejamento dos cuidados de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. Essas etapas dependem do julgamento clínico do enfermeiro e devem seguir um referencial teórico (AMARAL; SILVA, 2021; COFEN, 2009).

Ainda de acordo com Resolução 358/2009 do COFEN, as etapas do Processo de Enfermagem podem ser descritas da seguinte forma:

- Coletas de dados ou Histórico de Enfermagem – tem o objetivo de colher informações acerca da pessoa, família ou coletividade, como também, sobre o processo saúde-doença;
- Diagnóstico de Enfermagem – pode ser considerado como a identificação das necessidades da pessoa, família ou coletividade, a partir do julgamento clínico das respostas obtidas na primeira etapa;
- Planejamento de Enfermagem – a partir dos diagnósticos de Enfermagem, são determinadas as intervenções ou ações que serão realizadas, como também os resultados pretendidos para dirimir as necessidades elencadas;
- Implementação – execução das intervenções que foram planejadas;
- Avaliação de Enfermagem – apreciação da resposta da pessoa, família e coletividade diante das intervenções realizadas, com análise do alcance ou não dos resultados esperados para realização de alterações ou adaptações no processo.

Neste contexto, a consulta de Enfermagem permite que o enfermeiro atue na identificação de problemas e necessidades das pessoas, por meio do raciocínio clínico, com o planejamento do cuidado pautado em práticas eficazes, cientificamente

comprovadas, consolidando a Enfermagem como ciência do cuidar (NASCIMENTO et al., 2021).

E para viabilizar a sistematização da assistência de Enfermagem, os protocolos são considerados como tecnologias importantes na organização e gerenciamento do trabalho de Enfermagem, pois permitem a padronização de condutas, uso racional de recursos e otimização do tempo de cuidado, garantindo uma assistência segura e de qualidade (KRAUZER et al., 2018).

O rigor metodológico e a seleção das melhores evidências científicas da literatura na construção de um protocolo tornam este instrumento essencial na prática do profissional de Enfermagem, apresentando como resultados, com sua implementação, a redução da variabilidade de práticas, procedimentos com eficácia cientificamente comprovada, além da produção de indicadores que permitem avaliar a qualidade da assistência (GUEDES; FEITOSA; CAMPOS, 2019).

A construção de protocolos assistenciais faz parte do movimento de associar a melhor evidência científica, com a experiência clínica e o protagonismo da pessoa assistida, conhecido como Prática Baseada em Evidência (PBE). A PBE permite a aproximação entre a pesquisa e a prática assistencial, elevando a qualidade da assistência (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2020).

A PBE iniciou na década de 70 com a fundamentação da prática por meio de resultados de pesquisas para melhoria do cuidado. Começou na Medicina e se estendeu para outras áreas, como a Enfermagem. Nesta, é utilizado o termo Prática da Enfermagem Baseada em Evidências (PEBE) (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018).

A PEBE se configura como uma ferramenta de busca das melhores evidências, a partir do raciocínio clínico e crítico do enfermeiro, considerando as necessidades da pessoa e da coletividade. Essas evidências se aplicam em contextos específicos, como a proposta de construção de protocolo de educação para o autocuidado de pessoas com DM2 assistidas na Atenção Primária à Saúde (WEBER et al., 2019).

REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado

As teorias de enfermagem são consideradas norteadoras da prática baseada em evidências, por meio da avaliação, intervenção e tomada de decisão eficazes, além de exigirem critérios que qualificam o cuidado (KINDEL et al., 2020).

O surgimento das teorias é considerado como uma resposta à preocupação dos enfermeiros em consolidar a Enfermagem como ciência fundamentada em saberes próprios, visto que havia se formado de princípios científicos de outras ciências (SANTOS et al., 2019).

As teorias de enfermagem permitem a reflexão e o desenvolvimento do pensamento crítico e clínico do enfermeiro, com a percepção do ser humano em múltiplas dimensões e necessidades: biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. Os conceitos de humanidade/individualidade, sociedade/ambiente, saúde e enfermagem constituem-se em importantes referenciais para os modelos assistenciais de enfermagem e suas concepções filosóficas (SILVA et al., 2020).

O início da história de construção do pensamento científico da Enfermagem foi conduzido por Florence Nightingale, que, em sua trajetória, realizou a identificação do conhecimento e conteúdos necessários para a tomada de decisão da área. Definiu padrões para o perfil de profissional e os relacionou com a doença e o ambiente na manutenção da saúde (SANTOS et al., 2020).

Uma das teorias consideradas como marco teórico de referência para a prática profissional do enfermeiro e muito utilizada em estudos que envolvem os cuidados às pessoas com DCNT, como o DM, é a Teoria do Déficit de Autocuidado, núcleo central da Teoria Geral proposta por Dorothea Elizabeth Orem. Essa teórica divulgou suas concepções de Enfermagem, em 1959, quando publicou pela primeira vez seu conceito de enfermagem como provimento do autocuidado (RAIMONDO et al., 2012; VITOR; LOPES; ARAÚJO, 2010).

Orem nasceu em Baltimore, Maryland, nos Estados Unidos da América (EUA). Foi diplomada em Enfermagem pela Providence Hospital School of Nursing, em Washington (EUA). Em sua formação, recebeu forte influência da educação, desde seu bacharelado em Enfermagem que foi concluído em Ciência da Educação (SILVA et al., 2020; MCEWCN, 2016).

Os conceitos do metaparadigma foram definidos por Orem (2001), considerando a Enfermagem como uma arte, em que o enfermeiro realiza assistência a uma pessoa sem condições de cuidar de si; as pessoas assistidas, individual ou coletivamente, são o propósito do cuidado; deve ser considerado o ambiente físico e todo o contexto sociocultural em que está inserido; já a saúde é compreendida pela capacidade de pensar sobre si mesmo, expressar a experiência e comunicar -se com os outros (MCEWCN, 2016).

Assim, Dorothea Elizabeth Orem mencionou pela primeira vez o autocuidado, quando passou a investigar as causas do porquê as pessoas necessitarem da assistência de Enfermagem. Ela conceitua o autocuidado como atitudes a pessoa faz para seu próprio benefício, tanto para prevenir quanto para tratar os agravos de saúde. Logo, pode-se identificar se precisa ou não da assistência de Enfermagem (OREM, 2001; SILVA et al., 2021).

Neste contexto, Orem apresentou sua teoria geral de Enfermagem, composta por três teorias interrelacionadas: Teoria do Autocuidado; Teoria do Déficit de Autocuidado; Teoria de Sistemas de Enfermagem (Figura -2) (OREM, 2001),

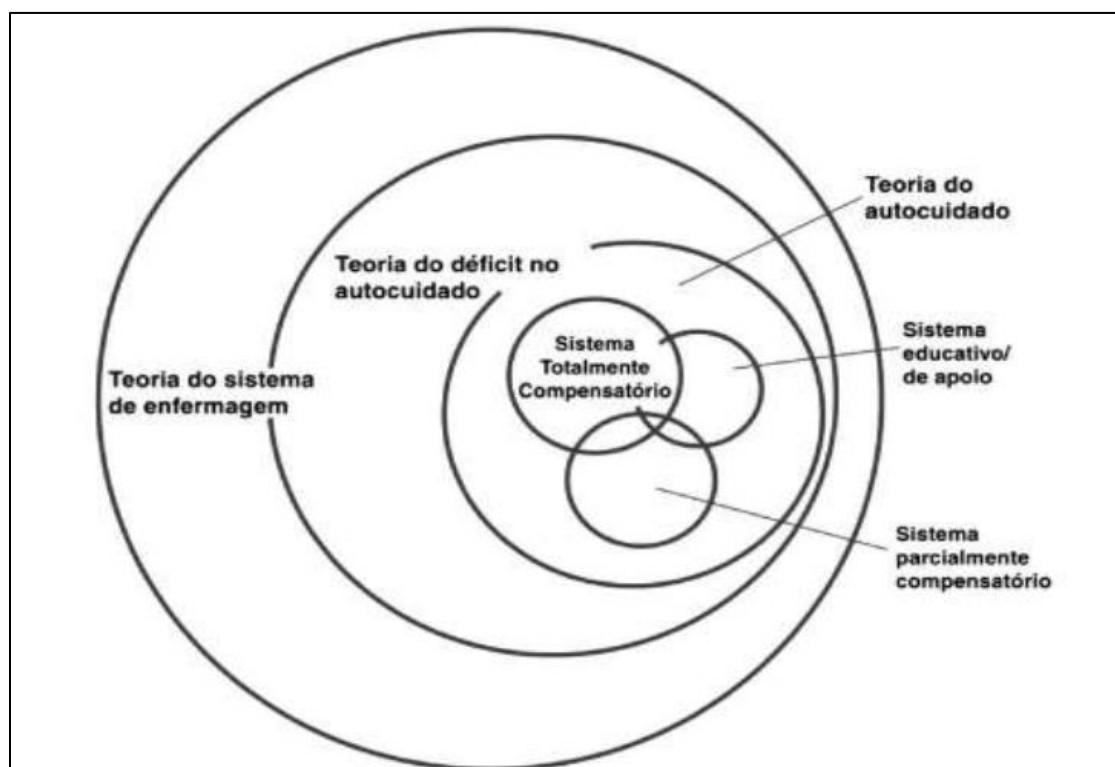
Teoria do autocuidado: para compreender a teoria do autocuidado é necessário definir os conceitos relacionados: autocuidado, ação de autocuidado, fatores condicionantes básicos e demanda terapêutica de autocuidado. Autocuidado é a atividade que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. Ação de autocuidado é a capacidade de o homem engajar-se no autocuidado. Fatores condicionantes básicos são: idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação, considerando a pessoa como um ser funcional e integrado com o todo e motivado a atingir o autocuidado (TESTON; SALES; MARCON, 2017; OREM, 2001).

Teoria do déficit de autocuidado: o déficit de autocuidado ocorre quando o ser humano se acha limitado para prover autocuidado sistemático, necessitando de ajuda de enfermagem. Constitui a essência da teoria geral de Orem, pois possibilita apontar a necessidade de enfermagem. Justifica-se quando o indivíduo acha-se incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz (OREM, 2001).

Teoria de sistemas de enfermagem: dividida em sistema totalmente compensatório, quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo e o profissional de enfermagem o assiste, substituindo-o, sendo suficiente para ele; sistema parcialmente compensatório, quando a enfermeira e o indivíduo participam na realização de ações

terapêuticas de autocuidado; e sistema de apoio-educação é quando o indivíduo necessita de assistência na forma de apoio, orientação e ensinamento (OREM, 2001).

Figura 2 – Representação diagramática da Teoria de enfermagem do déficit de autocuidado



Fonte: MCEWCN, 2016

Trazendo para o contexto do DM, a teoria geral de Orem se mostra fundamental para a prática do enfermeiro nas intervenções para garantir que as pessoas com DM tenham adesão ao seu tratamento. Visto que a teoria provoca uma reflexão que respeita e incentiva a forma que a pessoa se cuida e o porquê de realizar esses cuidados para seu próprio benefício, o que torna as ações comportamentais mais significativas (BEZERRA et al., 2018).

As mudanças no estilo de vida e adesão ao tratamento são possíveis quando as pessoas são capazes de gerenciar o autocuidado. Esse gerenciamento é compreendido como um resultado sensível à intervenção de Enfermagem, permitindo que as pessoas reconheçam e determinem seus problemas de saúde e escolham as estratégias mais

apropriadas para gerenciá-los (KINDEL et al., 2020; BARBOZA; FASSARELA; SOUSA, 2020).

No contexto da Teoria, são definidos por Orem seis requisitos de autocuidado em condições de doença: buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada; conhecer e considerar a doença e suas complicações; aderir ao tratamento; conhecer e considerar/regular os desconfortos do tratamento; aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde e aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida (MENDONÇA et al., 2017, OREM, 2001).

Bezerra et al. (2018) afirmam que a teoria de Orem é uma das mais pesquisadas no Brasil, o que pode ser resultado de dois fatores: a ênfase na promoção da saúde, por meio de intervenções educacionais promovidas pelo enfermeiro e o alto número de pessoas com doenças crônicas.

Em estudo de revisão bibliométrica, realizado com o objetivo de descrever o panorama da produção científica sobre autocuidado à Luz da Teoria de Dorothea Orem, foi possível identificar prevalência de pesquisas no campo das doenças crônicas não transmissíveis. O que pode ser justificado pelo cerne da teoria de capacitar a pessoa para que desenvolva seu próprio cuidado, o que é fundamental para doenças de evolução longa e sem perspectiva de cura (SILVA, 2021).

Partindo da proposta de construir um protocolo de educação para o autocuidado de pessoas com DM2, compreende-se que dentre as teorias propostas por Orem, embora todas apresentem a necessidade de educação em saúde, o Sistema Apoio-educação atende às necessidades e características desta pesquisa por ser mais específica quanto às intervenções de educação e orientação realizadas pelo enfermeiro, sem a dependência de cuidados diretos de Enfermagem, característica prevalente das pessoas assistidas na Atenção Primária à Saúde.

O Sistema Apoio-educação aponta que a pessoa tem capacidade de executar o autocuidado, mas há necessidade de ensino, ou seja, a pessoa precisa aprender para desenvolver suas habilidades de autocuidado. A intervenção de enfermagem, neste aspecto da teoria, está voltada para a orientação, apoio e ensino para que seja possível a capacidade de tomar decisões conscientemente (FEIJÃO; LOPES; GALVÃO, 2009; OREM, 2001).

O Sistema tem como principal característica a relação de interdependência e corresponsabilidade entre enfermeiro e pessoa assistida. E neste contexto, existem algumas variações: primeira - uma pessoa pode realizar medidas de cuidado, mas necessita de orientação e apoio; segunda - há necessidade de ensino para aprender a cuidar de si; terceira - provimento de um ambiente propício para o aprendizagem; quarta - a pessoa tem capacidade de realizar o autocuidado, mas necessita, periodicamente, de orientações (FEIJÃO; LOPES; GALVÃO, 2009; OREM, 2001).

MÉTODOS

4 MÉTODOS

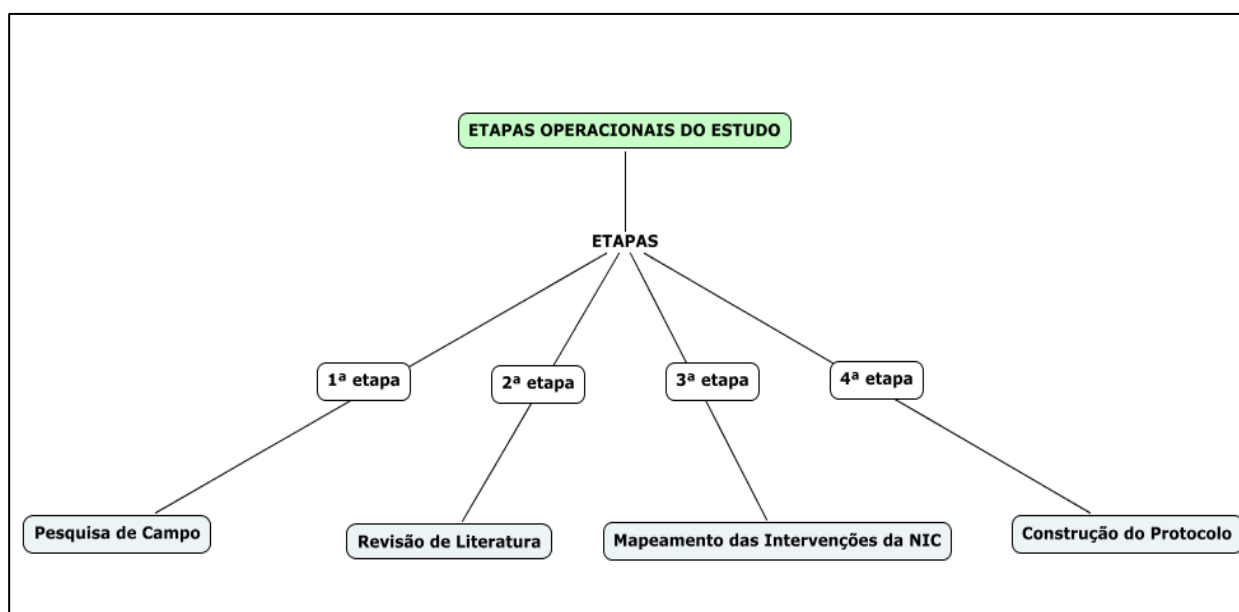
Trata-se de um estudo do tipo metodológico de abordagem quanti-qualitativa, de construção de protocolo. Este tipo de estudo refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, discorrendo acerca da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa, apresentando como objetivo a construção de um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável para que possa ser aplicado por outros pesquisadores (POLIT; BECK, 2018).

Este tipo de estudo é classificado como uma pesquisa não experimental, que envolve diferentes métodos de coleta, organização e análise de dados e tem como escopo a identificação de um construto indiscutível com vistas a torná-lo discutível e prático, representado a partir de um fluxograma, protocolo, lista de passos ou considerações a serem seguidas e aplicáveis na prática, contexto em que se situa o protocolo aqui proposto (POLIT; BECK, 2019).

4.1 Etapas operacionais do estudo

O estudo foi desenvolvido em quatro etapas: pesquisa de campo, revisão de literatura, mapeamento das intervenções da NIC e construção do protocolo (Figura 3):

Figura 3 – Modelo esquemático das etapas operacionais do estudo. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

4.1.1 Pesquisa de Campo

4.1.1.2 Tipo de estudo, local e objetivos

Com o propósito de se aproximar e conhecer a realidade do público a que se destina o protocolo aqui proposto, a primeira etapa foi contemplada pela realização de um estudo transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvido em Unidades de Saúde da Família (USFs) do Distrito Sanitário III, localizadas no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, durante o período de dezembro de 2019 a março de 2020.

O estudo apresentou como objetivos:

- ✓ Caracterizar o perfil das pessoas com DM2;
- ✓ Conhecer quais as atividades de autocuidado são realizadas pelas pessoas com DM2;
- ✓ Avaliar a adesão das pessoas com DM2 às atividades de autocuidado;
- ✓ Compreender como os(as) enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde vivenciam a educação em saúde para pessoas com DM2, com ênfase no autocuidado.

4.1.1.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por pessoas com DM2 atendidas no referido Distrito Sanitário. Para conhecer o número dos usuários com DM2, foi solicitada informação junto a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Assim, foi possível identificar que em 2019 as USFs possuíam o cadastro de 5.211 pessoas com DM 2.

Com base no número de pessoas cadastradas -5.211- e na prevalência nacional de pessoas que referiram diagnóstico médico de diabetes no conjunto da população adulta - ≥ 18 anos – 7,4% - (VIGITEL, 2020), a amostra foi calculada com base nos seguintes cálculos:

$$n_0 = \frac{p.(1-p).Z^2}{e^2} \quad n = \frac{n_0}{1+n_0/N}$$

Em que:

n_0 = primeira aproximação do tamanho da amostra;

p = é a proporção, dentro da população, de uma variável-chave do estudo;

Z = nível de confiança da amostra

e = é o erro máximo admissível que o pesquisador está disposto a assumir para os resultados que serão extraídos a partir da amostra. Para a área de saúde, costuma-se empregar uma margem de erro entre 5% e 10%;

N = População

Para o presente estudo, o tamanho da amostra foi calculado com base em uma margem de erro de 5% ($Erro = 0,05$) com $Z = 95\%$ ($z_{0,05/2} = 1,96$) e considerando a proporção de 7,4%. Logo, total mínimo de pessoa com diabetes mellitus que deverá ser investigado é de aproximadamente 280, como mostra o resultado da expressão abaixo:

$$n_0 = \frac{0,74 \cdot (1-0,74) \cdot 1,96^2}{0,05^2} = 295,52 \quad n = \frac{295,52}{1+295,52/5.211} = 279,84$$

Inicialmente, foram selecionadas as USF's integradas (três ou quatro reunidas em um mesmo local), por possuírem maior quantitativo de pessoas cadastradas, facilitando a abordagem da pesquisadora, já que o método de seleção foi o não probabilístico, sendo de acordo com a demanda espontânea. Optou-se por esse método pela característica da população investigada, visto que a maioria procura o serviço de saúde em jejum e, por isso, preferem não permanecer tempo maior na USF.

Foram considerados como critérios de inclusão: ser maior que 18 anos, estar cadastrado na USF pesquisada, ter o diagnóstico de DM2 e estar em acompanhamento médico/enfermagem. Como critérios de exclusão: comprometimento cognitivo severo que resultasse em dificuldades para responder às questões do instrumento pesquisado, diabetes gestacional.

Em relação aos enfermeiros, estes foram selecionados de forma não probabilística, e o tamanho amostral não foi determinado, sendo considerada a saturação teórica do conteúdo das entrevistas para definir o número de participantes. Assim, a amostra foi composta por sete enfermeiros. Foram considerados como critérios de inclusão: ser enfermeiro, atuar há pelo menos um ano na Atenção Primária à Saúde. Critérios de exclusão: não estar presente no momento da coleta de dados.

4.1.1.4 Procedimento para coleta de dados

Para iniciar a coleta de dados, a pesquisadora entrou em contato com o gestor da unidade de saúde para informar sobre a realização da pesquisa e agendar o início das coletas, bem como entregar a documentação necessária (carta de anuência e encaminhamento do Distrito Sanitário III, conforme fluxo estabelecido pela Gerência de Educação e Ensino do município de João Pessoa).

Ressalta-se que além da pesquisadora, uma aluna do curso de bacharelado e licenciatura em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, participante do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) foi capacitada para realizar a coleta de dados.

A abordagem às pessoas com DM2 acontecia enquanto elas aguardavam a consulta médica ou de enfermagem, no turno matutino, de segunda-feira à sexta-feira, conforme a demanda do serviço, durante os meses de dezembro de 2019 a março de 2020. A pesquisadora realizava a explicação do propósito do estudo, os benefícios e os possíveis riscos, entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Após aceite, convidava o participante para um local mais reservado, a fim de aplicar os instrumentos e realizar a entrevista gravada.

De forma semelhante, os enfermeiros foram abordados no consultório de Enfermagem, sendo explicado o propósito do estudo, os benefícios e os possíveis riscos, entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Após aceite, foi realizada entrevista gravada no próprio consultório por ser um local mais reservado.

4.1.1.5 Instrumentos para a coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: formulário com variáveis sociodemográficas e clínicas (APÊNDICE C) construído pela pesquisadora; Questionário de atividades de autocuidado com diabetes – QAD (ANEXO A), versão traduzida, adaptada e avaliada do *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* (SDSCA) (MICHELS *et al.*, 2010).

O QAD avalia a adesão às atividades de autocuidado da pessoa com DM. Para a análise das atividades de autocuidado contidas no QAD, os itens do questionário são parametrizados em dias por semana, de 0 a 7, sendo zero a situação menos desejável e sete a mais favorável. Nos itens da dimensão alimentação específica que questionam

sobre o consumo de alimentos ricos em gordura e doces, os valores são invertidos; a avaliação do tabagismo é codificada considerando-se a proporção de fumantes, a média de cigarros consumidos e a última vez em que fumou. A adesão é satisfatória quando os escores de atividades de autocuidado são maiores ou iguais a cinco (MICHELS *et al.*, 2010).

Para os enfermeiros, a coleta de dados foi conduzida por um roteiro semiestruturado (APÊNDICE D), aplicado por meio da técnica de entrevista, gravada com auxílio de um smartphone.

4.1.1.6 Análise dos dados

Os dados quantitativos coletados foram codificados e digitados, empregando a técnica de validação em dupla digitação em planilhas do programa *Excel*® para o *Windows XP*® da *Microsoft*® para a avaliação de consistência. Após essa validação, os dados foram tratados estatisticamente com auxílio do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) – versão 20.0. Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva com medidas de frequência para variáveis categóricas, média e desvio-padrão para variáveis numéricas.

Para análise qualitativa do conteúdo das entrevistas, seguiu-se as etapas da Análise Temática proposta por Bardin (2016), desenvolvida nas fases de pré análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação dos resultados.

4.1.1.7 Aspectos Éticos

O projeto da pesquisa foi apresentado aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Feridas (GEPEFE), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), encaminhado ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB para apreciação. Após aprovação, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa CCS/UFPB, em observância aos aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e pela Resolução COFEN nº. 567/2017 (COFEN, 2017), atendendo aos princípios legais e éticos da profissão.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, CAAE 03459112.1.0000.5188 (ANEXO B),

e que foram consideradas as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobretudo no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes, sigilo e confidencialidade dos dados, além de comunicado o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer prejuízo. Para tanto, os participantes do estudo foram identificados por meio de codificação.

Para preservar a identidade dos participantes, suas falas foram identificadas da seguinte forma:

- pessoas com diabetes: P
- enfermeiros(as): E

4.1.1.8 Limitações do Estudo

O período de coleta de dados, programado para ser concluído em abril de 2020 foi afetado pelo início da pandemia do novo coronavírus. No final do ano de 2019, a cidade de Wuhan, na província de Hubei, China, apresentou um surto de pessoas com insuficiência respiratória aguda grave, em consequência da COVID-19. Desde então, ocorreu uma rápida disseminação mundial. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a pandemia do novo coronavírus, o Sars-Cov-2 (MARINHO et al., 2021).

O fato das pessoas com DM estarem no grupo de risco de apresentarem maior gravidade e letalidade, em casos de infecção pelo novo coronavírus, impactaram no não alcance da amostra que foi calculada inicialmente. Pois, as pessoas com DM, dificilmente, procuravam os serviços de saúde, além de evitarem contato com outras pessoas que não pertenciam à equipe de saúde.

Neste período, as atividades acadêmicas da UFPB também foram suspensas. O que não permitiu que a aluna continuasse com as coletas. Além disso, a pesquisadora principal, por trabalhar em um serviço de saúde privado, referência aos atendimentos dos pacientes com suspeita e/ou confirmação de COVID-19 na Paraíba, aumentou sua carga horária de seis para nove horas diárias de trabalho, abrangendo, inclusive, os finais de semana. Isso também impossibilitou a continuação da coleta de dados.

Esses fatores contribuíram para que a amostra final resultasse em 54 pessoas com DM2.

4.1.2 Revisão de literatura

4.1.2.1 Protocolo de revisão de literatura

O objetivo da revisão foi de mapear estratégias e intervenções educacionais utilizadas para promoção do autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Para isso, foi utilizada a revisão de escopo por ser um método que oportuniza a obtenção de resultados amplos e abrangentes da literatura. A revisão foi desenvolvida seguindo as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI), Reviewers Manual, de acordo com o quadro teórico fundamentado por Arksey e O'Malley. A divulgação dos resultados baseou-se nas diretrizes do PRISMA-ScR (guia internacional Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (ARKSEY; O'MALLEY, 2005; AROMATARIS; MUNN, 2020; TRICCO et al., 2018).

Foram seguidas as cinco etapas da revisão: identificação da questão de pesquisa; identificação dos estudos relevantes; seleção dos estudos; análise dos dados; síntese e apresentação dos dados (ARKSEY; O'MALLEY, 2005). O protocolo de revisão foi registrado na plataforma Open Science Framework (<https://osf.io/n3mkx/>).

4.1.2.2 Pergunta de revisão

O processo da revisão foi norteado pela pergunta de pesquisa, formulada a partir do mnemônico PCC (população, conceito e contexto). Assim, a pergunta de revisão foi: “Quais estratégias e intervenções educacionais são utilizadas para promoção do autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Primária à Saúde?”

4.1.2.3 Critérios de inclusão

- Participantes

Os participantes desta revisão foram pessoas com DM2, maiores de 18 anos.

- Conceito

Esta revisão considerou os estudos que descrevem estratégias e intervenções educacionais para a promoção do autocuidado. As estratégias e intervenções educacionais compreendem uma forma sistemática de planejar, implementar e avaliar o processo total da aprendizagem, por meio da combinação de recursos humanos e materiais (ORIÁ et al., 2018).

Para o autocuidado, foi utilizado o conceito de que é uma prática da pessoa em desenvolver ações em seu próprio benefício na manutenção da vida, saúde e bem-estar, estando diretamente relacionado às habilidades, limitações, valores, regras culturais e científicas da própria pessoa (OREM, 2001).

Foram consideradas atividades de autocuidado no DM a adesão à alimentação saudável, prática de atividade física, monitoração da glicemia, uso adequado dos medicamentos, cuidados com os pés, cessação do tabagismo (PEREIRA et al., 2022; GIBICOSKI et al., 2020).

- Contexto

Foram inclusos estudos desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é considerada a porta de entrada para o sistema de saúde e apresenta como objetivos a promoção e a proteção da saúde, além da prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Tem como principal característica a proximidade e o vínculo da equipe de saúde com a população assistida, facilitando o acesso aos serviços de saúde e promovendo a integralidade e a equidade do cuidado. Este primeiro nível de atenção à saúde é responsável por resolver 85% dos problemas de saúde da população, evitando internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, como o DM (MATTOS; BALSANELLI, 2019; CAVALCANTI et al., 2021)

- Tipos de fontes

Os critérios de inclusão foram artigos originais, sem restrição de idioma, com delineamento quantitativo, qualitativo e misto. Devido ao grande volume de estudos encontrados em pesquisa prévia, não foram inclusos estudos de caso, relatos de experiência, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de curso, artigos teóricos, revisões, protocolos, editoriais e anais.

As buscas consideraram os estudos publicados a partir de 2011, ano em que a Organização das Nações Unidas reconheceu o DM como real ameaça significativa à saúde e ao bem estar da população mundial; também marcado pela elaboração do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, que traz como objetivo principal a promoção, o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas para prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco, dentre elas, o DM (Brasil, 2011; IDF, 2015).

Essa delimitação temporal também se justifica pela publicação dos Padrões Internacionais de Educação em Diabetes pela International Diabetes Federation, no fim de 2013, contemplando o período selecionado. Este documento tem como objetivo fornecer informações, aos profissionais de saúde, sobre as melhores práticas, cuidados eficazes e educação de autocuidado para pessoas com diabetes e suas famílias (IDF, 2015).

4.1.2.4 Estratégia de pesquisa

Conforme recomendação do manual da JBI (AROMATARIS; MUNN, 2020), para identificar os descritores/ títulos foi realizada uma busca inicial nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), através da análise das palavras do texto contidas no título e resumo dos artigos recuperados e dos termos de indexação usados para descrever os artigos. Posteriormente, foi realizada pesquisa desses termos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), como também foi realizada investigação dos vocabulários controlados correspondentes, de acordo com a especificidade de cada base de escolhida (Quadro 1).

Quadro 1 - Seleção de descritores indexados no vocabulário controlado nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH), títulos CINAHL e Thesaurus ERIC. João Pessoa – PB, Brasil, 2022

Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)	Medical Subject Headings (MeSH)	Títulos CINAHL	Thesaurus - ERIC
Diabetes Mellitus Tipo 2	Diabetes Mellitus, Type 2	Diabetes Mellitus, Type 2/ Diabetes Type 2	Diabetes
Autocuidado	Self Care	Self Care	Self Care Skills
Autogestão	Self-Management	Self-Management	Self-Management
Educação em saúde	Health Education	Health Education	Health Education
Educação de pacientes	Patient Education as Topic	Patient Education	Patient education
Promoção da Saúde	Health Promotion	Health Promotion/ Health teaching	Health Promotion
Letramento em saúde	Health Literacy	Health Literacy	-
Enfermagem	Nursing	Nursing Interventions	Nursing/ Nursing education
Atenção Primária à Saúde	Primary Health Care	Primary Health Care/ Primary care	Primary Health Care

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A pesquisa eletrônica dos estudos foi realizada nas seguintes bases de dados: Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE, Scopus, Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), CINAHL, *Educational Resources Information Centre* (ERIC) e *Google Scholar*. Ressalta-se que também foram analisadas as listas de referências dos artigos identificados nestas bases para inclusão de estudos adicionais.

As buscas foram operacionalizadas a partir dos termos do Medical Subject Headings (MeSH), Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), títulos CINAHL e Thesaurus - ERIC combinando-os por meio dos operadores booleanos AND e OR, de acordo com as especificações de cada base de dados (Quadro 2).

Quadro 2 – Estratégia de busca nas bases de dados. João Pessoa, PB, Brasil, 2022.

Bases de Dados	Estratégia de busca
Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)	("Diabetes Mellitus Tipo 2") AND (autocuidado) AND ("Educação em saúde") ("Diabetes Mellitus Tipo 2")) AND ("Letramento em saúde")) AND (Autocuidado))
<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i> (MEDLINE)	("Diabetes Mellitus Tipo 2")) AND (Autocuidado)) AND ("Educação em saúde") ("Diabetes Mellitus Tipo 2")) AND ("Letramento em saúde")) AND (Autocuidado)) ("Diabetes Mellitus Tipo 2")) AND (Autogestão)) AND ("Promoção da Saúde"))
Scopus	("Diabetes Mellitus, Type 2") AND ("Self Care") OR ("Self-Management") AND ("Health Education") OR (patient AND education AND as AND topic) OR (health AND promotion) OR (health AND literacy) AND (nursing) OR ("Nursing Interventions"))
Base de Dados de Enfermagem (BDENF)	("Diabetes Mellitus Tipo 2")) AND (Autocuidado)) AND ("Educação em saúde")) AND (Enfermagem) ("Diabetes Mellitus Tipo 2") AND (Autocuidado) AND ("Educação em saúde")
<i>Scientific Electronic Library Online</i> (SCIELO)	"Diabetes Mellitus, Type 2" AND "Self Care" OR "Self-Management" OR "Health Education"
<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i> (CINAHL)	(diabetes mellitus type 2 or diabetes type 2) AND (self care or self-care or self-management or self management) AND (health education or health promotion or health teaching or patient education or health literacy) AND primary health care
<i>Educational Resources Information Centre</i> (ERIC)	Diabetes AND Self Care Skills OR Self-Management AND Health Education OR Patient education OR Health Promotion
<i>Google Scholar</i>	Diabetes Mellitus, "Type 2" AND Self Care AND Health Education AND Primary Health Care

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

4.1.2.5 Seleção dos estudos

A pesquisa foi executada através do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a partir da identificação por meio da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), como forma de padronizar a coleta nessas bases.

Os estudos foram exportados para o gerenciador de referências *EndNote*, versão online, para remoção das duplicações. Em seguida, foram importados para a plataforma *Rayyan Qatar Computing Research Institute* (Rayyan QCRI), acessada por meio do endereço eletrônico <https://rayyan.qcri.org>. Os resultados da seleção foram analisados por dois pesquisadores independentes, previamente treinados, para avaliar títulos e resumos e, os que atenderam aos critérios de elegibilidade e que tiveram consenso entre os dois revisores, foram lidos na íntegra para inclusão ou exclusão na revisão. As discordâncias na fase da leitura na íntegra foram resolvidas por consenso entre os dois pesquisadores.

4.1.2.6 Extração de dados

A extração dos dados foi realizada com a utilização de um instrumento estruturado desenvolvido em planilha do programa Microsoft Office Excel Online, com base no modelo fornecido pelo Manual da *Joanna Briggs Institute, Reviewers* (AROMATARIS; MUNN, 2020), com as seguintes informações: título do estudo; formação, titulação e afiliação dos autores; país de origem; idioma; ano de publicação; periódico de publicação; local de realização do estudo; objetivos; participantes da pesquisa; tipo de estudo; abordagem; instrumentos aplicados; intervenções e estratégias educacionais utilizadas; principais resultados; e nível de evidência (APÊNDICE E).

4.1.2.7 Apresentação e análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados quantitativamente com auxílio do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) – versão 20.0, utilizando-se os recursos da estatística descritiva, com distribuição de frequência em número absoluto e relativo. Os dados reunidos foram categorizados e agrupados com base na similaridade no significado para produzir um conjunto de descobertas integradas que representem essa

agregação e possibilite a interpretação dos resultados.

O resultados estão apresentados em formato de quadros e relatados de forma narrativa.

4.1.3 Mapeamento cruzado das intervenções da NIC

Para o planejamento do cuidado, o enfermeiro precisa realizar o levantamento das necessidades do indivíduo, família ou comunidade, identificadas a partir de um julgamento clínico. Neste sentido, o Processo de Enfermagem (PE) é a metodologia utilizada para planejar, realizar e documentar as atividades de enfermagem, contribuindo para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

De acordo com a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009, o PE deve ser realizado por meio de cinco etapas: coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento da assistência de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem. As etapas do PE privativas do enfermeiro são a realização do diagnóstico de enfermagem (DE), e a prescrição de intervenções de enfermagem (GRYSCHEK et al., 2019; SERRA et al., 2020).

Para garantir a padronização da linguagem do PE, é fundamental a utilização de sistemas de linguagens padronizadas, como os de classificação em Enfermagem. São eles que nomeiam, organizam e classificam os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (CHAVES et al., 2020).

Existem cerca de 12 Sistemas de Linguagens Padronizadas reconhecidos pela Associação Americana de Enfermagem – ANA, sendo os mais utilizados no Brasil a *NANDA International* para os Diagnósticos; a Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification* - NOC); a Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification* - NIC) (ALMEIDA et al., 2021).

A NANDA oferece uma terminologia padronizada de diagnósticos de enfermagem e apresenta todos em um esquema classificatório, sendo definida como uma taxonomia. A utilização da NANDA para identificação de DE possibilita o direcionamento da assistência de enfermagem a pacientes em diversos contextos de saúde, auxiliando-os na tomada de decisão, com subsídios para a elaboração do plano de cuidados individualizado para o alcance dos melhores resultados, documentação dos processos, segurança do paciente, além de redução dos custos em saúde (SERRA et al., 2020).

A taxonomia da NANDA permite uma linguagem padronizada de comunicação dos diagnósticos de enfermagem, utilizada em todo o mundo, com tradução em aproximadamente 20 idiomas. Essa padronização proporciona uma linguagem

compartilhada para os enfermeiros abordarem os problemas de saúde, os estados de risco e a disposição para a promoção da saúde (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Já a Nursing Interventions Classification (NIC) é uma linguagem padronizada e abrangente das intervenções realizadas por enfermeiros, que pode ser utilizada em todos os âmbitos e especialidades, auxiliando no planejamento, na documentação e na comunicação sobre o cuidado. A NIC é composta de 565 intervenções de Enfermagem e aproximadamente 13 mil atividades. Para facilitar o uso, as intervenções estão agrupadas em 30 classes e sete domínios (CHAVES et al., 2020; BUTCHER et al., 2020).

A Intervenção de Enfermagem pode ser compreendida como qualquer tratamento realizado pelo enfermeiro baseado em seu julgamento clínico, que intensifique os resultados de um paciente, grupo ou comunidade. Já as atividades de Enfermagem são ações específicas realizadas para implementar uma intervenção e auxiliar na progressão do resultado esperado (BUTCHER et al., 2020).

A seleção de uma intervenção de enfermagem para um paciente deve considerar seis fatores: resultados desejados do paciente, características do diagnóstico de enfermagem, base de pesquisa para a intervenção, viabilidade de se realizar a intervenção, aceitabilidade pelo paciente e capacidade do enfermeiro (BUTCHER et al., 2020).

As atividades descritas na NIC e encontradas na literatura como intervenções são aplicáveis a diferentes grupos de pessoas, o que corrobora a orientação da NIC de que apenas o título e a definição das intervenções precisam ser os mesmos para todos os pacientes, uma vez que as atividades devem ser modificadas, permitindo a individualização da assistência prestada (BUTCHER et al., 2020).

Diante do exposto, esta etapa do estudo tem como objetivo realizar o mapeamento cruzado dos cuidados de Enfermagem identificados na pesquisa de campo (primeira etapa do estudo) e na revisão de literatura (segunda etapa do estudo) com as intervenções propostas pela NIC para o diagnóstico de Enfermagem “Controle ineficaz da saúde”. Esse método consiste em comparar dados de enfermagem não padronizados com a linguagem da NIC.

Para isto, foram identificadas as intervenções e atividades de Enfermagem na sétima edição do livro da NIC, a partir das intervenções sugeridas pela ligação da NIC com os Diagnósticos da NANDA-I 2012-2014, localizados na parte seis da sexta edição da NIC (BUTCHER et al., 2020; Bulechek et al., 2016).

Assim, foram identificadas 36 intervenções sugeridas e 13 opcionais adicionais, totalizando 49 intervenções. Contudo, algumas intervenções sugeridas e opcionais

adicionais propostas pela ligação NANDA-I/NIC não foram inclusas para a realização do mapeamento cruzado, por compreender que suas atividades sejam implícitas em outras intervenções que atendem aos objetivos do presente estudo no que refere ao campo de aplicação (Atenção Primária à Saúde) e ao referencial teórico utilizado (Teoria do Sistema de Apoio-educação de Orem). Logo, foram excluídas as seguintes intervenções:

- ✓ Assistência quanto a recursos financeiros (sugerida)
- ✓ Apoio emocional (sugerida)
- ✓ Apoio à tomada de decisão (sugerida)
- ✓ Assistência quanto a recursos financeiros (sugerida)
- ✓ Contrato com o paciente (sugerida)
- ✓ Construção de relação complexa (sugerida)
- ✓ Controle da Asma (opcional adicional)
- ✓ Controle de medicamento (sugerida)
- ✓ Dizer a Verdade (opcional adicional)
- ✓ Escuta ativa (sugerida)
- ✓ Ensino: Procedimento/tratamento (sugerida)
- ✓ Encaminhamento (opcional adicional)
- ✓ Facilitação da aprendizagem (sugerida)
- ✓ Facilitação na autorresponsabilidade (sugerida)
- ✓ Humor (opcional adicional)
- ✓ Identificação de risco (sugerida)
- ✓ Intervenção na crise (sugerida)
- ✓ Melhora da autopercepção (sugerida)
- ✓ Melhora do enfrentamento (sugerida)
- ✓ Mobilização Familiar (opcional adicional)
- ✓ Modificação do comportamento (sugerida)
- ✓ Orientação quanto ao sistema de saúde (sugerida)
- ✓ Presença (opcional adicional)
- ✓ Promoção da integridade familiar (opcional adicional)
- ✓ Tratamento para o uso de drogas (sugerida)

Por outro lado, foram inclusas intervenções que atendem aos objetivos do estudo, mas que não fazem parte da ligação NANDA-I/NIC:

- ✓ Biblioterapia
- ✓ Consulta
- ✓ Controle da hiperglicemia
- ✓ Controle da hipoglicemia
- ✓ Ensino: cuidados com os pés
- ✓ Ensino: grupo
- ✓ Melhora do letramento em saúde

Assim, a partir do diagnóstico “Controle ineficaz da saúde” que faz parte do domínio “Promoção da Saúde” da NANDA-I, com a seguinte definição: “Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar metas específicas de saúde”, e dos critérios já mencionados, foram identificadas 18 intervenções de Enfermagem e 1.122 atividades de Enfermagem (Quadro 3). Após análise das atividades de Enfermagem, para verificar a adequação aos objetivos do estudo, foram selecionadas 588 atividades do total de 1.122 (Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição das intervenções e atividades de Enfermagem da NIC, de acordo com o nível da categoria. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

NÍVEL DA CATEGORIA	INTERVENÇÕES	Nº DE ATIVIDADES NIC SUGERIDAS	Nº DE ATIVIDADES NIC MAPEADAS
Sugeridas	Acompanhamento por Telefone	15	01
	Aconselhamento	21	12
	Aconselhamento Nutricional	22	11
	Apoio à família	39	12
	Assistência na automodificação	42	05
	Assistência no Autocuidado	13	03
	Consulta por Telefone	34	12
	Ensino: Dieta Prescrita	21	19
	Ensino: Exercício Prescrito	28	19
	Ensino: Habilidades Psicomotoras	19	12
	Ensino: Indivíduo	29	23
	Ensino: Medicamentos Prescritos	35	25
	Ensino: Processo da Doença	26	18
	Esclarecimento de Valores	18	14
	Estabelecimento de Metas Mútuas	34	32
	Fortalecimento da Autoestima	32	12
	Intermediação Cultural	18	15
	Melhora da Autoeficácia	16	12
Opcionais Adicionais	Assistência para Parar de Fumar	33	20
	Biblioterapia	16	08
Sem ligação NANDAI/NIC	Ensino: cuidados com os pés	31	28
	Ensino: grupo	36	29
	Consulta	12	07
	Controle da hiperglicemia	28	05
	Controle da hipoglicemia	26	04
	Melhora do letramento em saúde	22	21

TOTAL	666	588
--------------	------------	------------

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

É importante destacar que as atividades de Enfermagem voltadas para pessoas <18 anos e para o ambiente hospitalar não foram consideradas, pois foge do escopo deste estudo.

Após definição das intervenções e atividades de Enfermagem propostas pela NIC e para viabilizar a realização do mapeamento cruzado, foi elaborado um instrumento (APÊNDICE X) contemplando na parte superior o título e a definição do DE “Controle ineficaz da saúde” e das intervenções propostas pela NIC. As colunas do instrumento contêm as atividades da NIC e as atividades identificadas nas demais etapas citadas deste estudo quando foram consideradas similares às da NIC.

Para realização do mapeamento, foram seguidas as seguintes regras (DELANEY; MOORHEAD, 1997):

1. Mapear usando o contexto do diagnóstico de enfermagem;
2. Mapear o “significado” das palavras não apenas as palavras;
3. Usar a “palavra-chave” na intervenção, para mapear a intervenção NIC;
4. Usar os verbos como as “palavras-chave” na intervenção;
5. Mapear a intervenção, partindo do rótulo da intervenção NIC para atividade;
6. Manter a consistência entre a intervenção sendo mapeada e a definição da intervenção NIC;
7. Usar rótulo da intervenção NIC mais específico;
8. Mapear o verbo “avaliar” para as atividades “monitorar” da NIC;
9. Mapear o verbo “traçar gráfico” para atividades de “documentação”;
10. Mapear o verbo “ensinar” para intervenções atividade/ensino, quando o enfoque principal for sobre o ensino;
11. Mapear o verbo “ensinar” para o rótulo da intervenção NIC específica, quando o ensino for menos intenso ou relacionado com outra atividade na ordem/intervenção geral;
12. Mapear o verbo “ordenar” para intervenções “manejo do suprimento”;
13. Mapear as intervenções que têm dois ou mais verbos para as duas ou mais intervenções NIC correspondentes.

4.1.4 Construção do protocolo

A quarta etapa consiste na construção do protocolo, desenvolvida a partir dos achados da pesquisa de campo, da revisão de literatura e do mapeamento das Intervenções da NIC.

Para a construção do protocolo foram seguidas as recomendações da ferramenta AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*) que foi desenvolvida para abordar a variabilidade na qualidade de diretrizes. Tem por finalidade avaliar o rigor metodológico e a transparência com que uma diretriz clínica é desenvolvida (AGREE, 2009)

O AGREE II apresenta, dentre os seus objetivos, uma estratégia metodológica para o desenvolvimento de diretrizes clínicas, além de trazer quais e como as informações devem ser relatadas nas diretrizes clínicas. É uma ferramenta de 23 itens abrangendo seis domínios de qualidade: escopo e finalidade; envolvimento das partes interessadas; rigor do desenvolvimento; clareza da apresentação; aplicabilidade; independência editorial (AGREE, 2009; LATORRACA et al., 2018).

O AGREE II é genérico e pode ser aplicado a diretrizes relacionadas a qualquer doença, qualquer etapa do cuidado em saúde incluindo aspectos relacionados à promoção da saúde, saúde pública, rastreamento, diagnóstico, tratamento ou intervenções. Ele é adequado para diretrizes apresentadas tanto em formato de papel ou eletrônico (AGREE, 2009).

Ressalta-se ainda que o protocolo seguiu as recomendações do Ministério da Saúde (2013), contidas no caderno de Atenção Básica “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus”, principalmente no que se refere à consulta de Enfermagem; e da Associação Americana em Diabetes (American Diabetes Association – ADA) quanto à periodicidade para a realização das ações educativas (ADA, 2019).

Para a construção do protocolo também serão considerados os preceitos do Sistema apoio-educação, proposto por Orem, em que a pessoa consegue realizar o autocuidado, assim suas exigências resumem-se na tomada de decisões, controle do comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades. O enfermeiro atua como educador, promovendo a autonomia para que a pessoa com DM2 tenha a capacidade de tornar-se um agente de autocuidado (BEZERRA et al., 2018)

Para melhor compreensão de como funciona a proposta de utilização do referido protocolo, foi elaborado um fluxograma de operacionalização das etapas para implementação das intervenções (Figura 6).

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Pesquisa de campo

5.1.1 Abordagem quantitativa

Participaram do estudo 54 pessoas com DM2, com idades entre 23 a 86 anos e média de 61,69 anos ($\pm 11,42$); sendo 37 (68,5%) do sexo feminino; 31 (57,4%) com companheiro(a); 50 (92,6%) referem seguir alguma religião; 40 (74,1%) não possuem ocupação; 36 (66,6%) possuem até nove anos de estudo; 44 (81,4%) com renda de até dois salários mínimos (Tabela 1).

Com relação aos dados clínicos, 28 (51,8%) afirmam possuir entre e cinco anos de diagnóstico de DM2; 41 (75,9%) possuem Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); 27 (50%) dislipidemia e sobrepeso/obesidade. Em relação às complicações crônicas, 29 (53,7%) possuem neuropatia diabética; 17 (31,5%) referiram retinopatia diabética; 6 (11,1%) já sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC); 5 (9,3%) referiram histórico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); 4 (7,4%) referiram nefropatia diabética (Tabela 1).

Quanto ao tratamento, 48 (88,8%) utilizam antidiabéticos orais; 34 (63,3%) afirmam que seguem uma dieta específica; e apenas 21 (38,9%) realizam atividade física. Dentre os participantes, 35 (64,8%) afirmam que recebem orientações sobre DM na USF; destes, 35 (100%) recebem orientações quanto a dieta, 22 (62,8%) recebem orientações sobre atividade física, 20 (57,1%) sobre tratamento medicamentoso e 11 (31,4%) sobre cuidados com os pés. Ressalta-se ainda que 38 (70,4%) afirmam que não participam de grupos de educação em DM (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das pessoas com DM2 de acordo com as características sociodemográficas, clínicas e tratamento para o diabetes (n=54). João Pessoa, PB, Brasil, 2022.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n	%
SEXO		
Feminino	37	68,5
Masculino	17	31,5
ESTADO CIVIL		
Com companheiro (a)	31	57,4
Sem companheiro (a)	23	42,6
RELIGIÃO		
Sim	50	92,6
Não	4	7,4
OCUPAÇÃO		
Sim	14	25,9
Não	40	74,1
ESCOLARIDADE		
Até nove anos de estudo	36	66,6
Mais de nove anos de estudo	18	33,4
RENDA		
Até dois salários mínimos	44	81,4
Maior que dois salários mínimos	10	18,6
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		
TEMPO DE DIAGNÓSTICO		
Entre 1-5 anos	28	51,8
Mais de 5 anos	26	48,2

COMORBIDADES
Hipertensão arterial sistêmica

Sim	41	75,9
Não	13	24,1

Dislipidemia

Sim	27	50,0
Não	27	50,0

Sobrepeso/obesidade

Sim	27	50,0
Não	27	50,0

COMPLICAÇÕES CRÔNICAS**Neuropatia diabética**

Sim	29	53,7
Não	25	46,3

Retinopatia diabética

Sim	17	31,5
Não	37	68,5

Nefropatia diabética

Sim	4	7,4
Não	50	92,6

Acidente Vascular Cerebral

Sim	6	11,1
Não	48	88,9

Infarto Agudo do Miocárdio

Sim	5	9,3
Não	49	90,7

CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO		
Antidiabéticos orais		
Sim	48	88,8
Não	6	11,5
Dieta		
Sim	34	63,3
Não	20	36,7
Atividade física		
Sim	21	38,9
Não	33	61,1
Participação em grupo de educação em DM		
Sim	16	29,6
Não	38	70,4
Recebe orientações		
Sim	35	64,8
Não	19	35,2
Conteúdo das orientações (n =35)		
Dieta		
Sim	35	100
Não	-	-
Atividade física		
Sim	22	62,8
Não	13	37,2
Tratamento medicamentoso		
Sim	20	57,1

Não	15	42,9
Cuidados com os pés		
Sim	11	31,4
Não	24	68,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

No que se refere à adesão das pessoas com DM às atividades de autocuidado, foi possível constatar que o item que apresentou a maior adesão foi o de “Ingerir doces” em menor frequência, representados por 51 (94,4%) pessoas com DM2; da mesma forma, 49 (90,7%) afirmaram “tomar os medicamentos recomendados” em maior frequência (Tabela 2).

Em contrapartida, os itens relacionados à realização de atividade física foram o que apresentaram menor adesão, em que apenas 12 (22,2%) afirmam que realizam atividades físicas por pelo menos 30 minutos e 6 (11,1%) que praticam atividades específicas numa frequência superior a cinco dias por semana (Tabela 2).

Quanto ao item “monitorização da glicemia”, a maioria dos participantes, 49 (90,7%) realiza com menor frequência. Em relação ao item de “Cuidados com os pés” verifica-se que não houve diferença significativa na adesão às atividades de autocuidado quando se compara a frequência de realização, como por exemplo, no quesito “examinar os seus pés”, em que 27 (50,0%) aderem a essa atividade tanto de zero a quatro dias, quanto de cinco a sete dias por semana (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das pessoas com DM2 de acordo com a adesão às atividades de autocuidado mensuradas pelo QAD (n=54). João Pessoa, PB, Brasil, 2022.

ITENS DO QAD	Frequência (dias da semana)		Média (DP)*
	0 a 4	5 a 7	
	dias n (%)	dias n (%)	
ALIMENTAÇÃO GERAL			
Seguir uma dieta saudável	26 (48,1)	28 (51,9)	4,26 (±2,76)
Seguir a orientação alimentar	28 (51,9)	26 (48,1)	3,94 (±2,63)
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA			
Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	29 (53,7)	25 (46,3)	4,13 (±2,65)
Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral	39 (72,2)	15 (27,8)	3,06 (±2,49)
Ingerir doces	51 (94,4)	3 (5,6)	1,17 (±1,69)
ATIVIDADE FÍSICA			
Realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos	42 (77,8)	12 (22,2)	1,98 (±2,62)
Realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar etc)	48 (88,9)	6 (11,1)	1,13 (±2,22)
MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA			
Avaliar o açúcar no sangue	49 (90,7)	5 (9,3)	1,17 (±2,01)
Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	49 (90,7)	5 (9,3)	0,96 (±2,04)
CUIDADO COM OS PÉS			
Examinar os seus pés	27 (50,0)	27 (50,0)	3,57 (±3,32)
Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	29 (53,7)	25 (46,3)	3,54 (±3,31)
Secar o espaço entre os dedos dos pés depois de lavá-los	25 (46,3)	29 (53,7)	3,78 (±3,34)
MEDICAÇÃO			
Tomar os medicamentos recomendados	5 (9,3)	49 (90,7)	6,39 (±1,56)
Tomar injeções de insulina conforme recomendado (n =9)	1 (1,9)	8 (14,8)	6,22 (±1,72)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

*DP = Desvio-padrão

No que se refere ao consumo de cigarros, foi possível verificar que 51 (94,4%) pessoas com DM referem não ter fumado nos últimos sete dias. As três pessoas que confirmam o consumo de cigarro, fazem uso, em média, de 13 cigarros por dia. Sobre o histórico de consumo, 26 (48,1%) reafirmam nunca terem fumado; no entanto, 23 (42,6%) relatam que fumaram há mais de dois anos (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das pessoas com DM2 de acordo com a frequência de consumo do último cigarro. João Pessoa, Paraíba, Brasil (n=54). João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

TABAGISMO		
Você fumou um cigarro – ainda que só uma tragada – durante os últimos sete dias	n	%
Não	51	94,4
Sim	3	5,6
Quando fumou o seu último cigarro		
Nunca fumou	26	48,1
Há mais de dois anos	23	42,6
Um a dois anos atrás	1	1,9
Quatro a doze meses atrás	1	1,9
No último mês	1	1,9
Hoje	2	3,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

5.1.2 Abordagem qualitativa – pessoas com DM2

Os participantes do estudo também foram questionados sobre quais os cuidados que realizavam para o Diabetes Mellitus, por meio da seguinte pergunta: “O que o(a) senhor(a) faz para cuidar do Diabetes?”

Após a análise da fala dos entrevistados, foi possível definir três categorias principais: “Restrição do “doce” na alimentação”; “Atividade física como integrante do tratamento”; “A medicação como único cuidado para o DM”; “A pele e os pés precisam de cuidados”; “Dificuldades para seguir o tratamento.”

Restrição do “doce” na alimentação

Quando questionados sobre os cuidados relacionados ao DM2, sempre estava presente na fala dos participantes os cuidados com a alimentação, contudo, restritos a evitar o consumo de alimentos e frutas consideradas doces e, principalmente os carboidratos simples como açúcar, bolo, refrigerantes, pão. O que vai ao encontro dos achados do QAD que evidenciou menor frequência na ingestão de doces.

Eu faço regime, não como coisa doce (P2).

Os alimentos que eu tenho que evitar é o doce, tem frutas que não pode (...), frutas que podem ser só uma, por causa do doce, né? (P3).

Eu evito doces, só e somente doces (P11).

Tenho que evitar doce, né? Massa, refrigerante, evitar as coisas que não pode ao máximo (P15).

Eu deixo de comer as comidas que eu não posso: refrigerante, bolo, doce, maçã, uva, essas coisas (P30).

Foi relatado por alguns participantes que seguem a dieta recomendada pelos profissionais de saúde, mas terminam consumindo alguns alimentos que podem aumentar a glicemia, consideravelmente, porque são ofertados por seus familiares ou por fazer parte do convívio social.

O que eu faço é não comer doce. Não comer doce! Mas as vezes, meu filho quando vai lá em casa, ele leva bolo pra mim, eu como. Não como todo dia (P29).

Faço caminhada e como muita salada e não como muita gordura. De vez em quando eu como uma pizza de chocolate (risos), (...) minha menina tem uma pizzeria (P44).

A restrição alimentar necessária para atingir níveis adequados de glicemia, com o objetivo de prevenir as complicações agudas e crônicas do DM acarretam sofrimento para as pessoas que convivem com a doença, principalmente, por ser uma condição permanente.

Eu faço exercício, eu faço alimentação que é necessária fazer, eu não como massa, eu não como doce e eu faço tudo possível pra eu controlar a diabetes. Porque a gente que é diabético, a gente sofre muito com esse negócio de comida (P12).

Atividade física como integrante do tratamento

Para os participantes que afirmam realizar algum tipo de atividade física, verifica-se que ela é considerada como parte integrante do tratamento do DM2, sendo a caminhada a modalidade mais citada.

O principal pra mim é o remédio para todo tipo de doença: é caminhar e correr (P5).

(...)faço exercício físico, eu faço musculação; eu as vezes ando de bicicleta, desde que melhore alguma coisa no decorrer dessa doença triste (P11).

Faço exercícios físicos: caminho, academia, tento me cuidar o máximo que eu posso (P26).

Caminhar, pelo menos três vezes por semana, que é o que a gente deve fazer, o diabético (P34).

Eu faço a caminhada (P48).

Olhe, o que eu faço para cuidar do diabetes é assim: ter atenção, né? Ter cuidado nas minhas atividades físicas, né? (P50)

Alguns participantes compreendem que a atividade física contribui para manutenção da saúde, contudo, não conseguem praticar por limitações física, muitas vezes, decorrentes do próprio DM.

(...) tento fazer caminhadas, só que eu tenho muita dificuldade porque eu tenho muita dor nas pernas (P16).

Não faço exercício porque eu sinto muitas dores nas pernas, não consigo ir daqui pra lá (P17).

A medicação como único cuidado para o DM

Foi possível verificar que para alguns participantes, existe a compreensão que tomar a medicação é o único cuidado que deve ser realizado pelas pessoas com DM2. Todavia, há pessoas que conhecem a necessidade de outros cuidados, mas ainda não os realizam, fazendo uso apenas da medicação.

Só a medicação mesmo que eu uso que é a insulina NPH (P4).

O que eu faço? Eu tomo comprimido, né? (P13).

Tomo o remédio, não consigo fazer a dieta porque eu sinto muita fome por causa da diabetes (P19).

O que eu faço, eu procuro tomar medicação correta, tá entendendo? É tanto que baixou minhas taxas. Eu procuro fazer tudo direitinho (P36).

Minha filha, no momento eu não estou fazendo nada não, só o remédio. Mas vou me cuidar mais, tá bom? (P42).

Participantes acreditam que além do uso de antidiabéticos orais, o consumo de plantas medicinais e alguns alimentos específicos podem contribuir na redução da glicemia.

Olha, quando a minha diabetes aumenta, eu faço minha garrafada. Eu tomo a minha manjerioba uma vez, duas e a minha diabetes nunca sobe. O máximo que ela chega é a 120. Então meu maior remédio é a metformina e manjerioba, que eu considero ela melhor que metformina, sabe? (P22).

Tomo meu medicamento, ferro, e outros caseiros que me ensinaram: quiabo, a cebola roxa, chá da vida, essas coisas que eu faço (P28).

A pele e os pés precisam de cuidados

Os participantes afirmam que precisam ter cuidado com a pele e, especificamente, com os pés. É possível verificar que os cuidados realizados são para prevenir ferimentos e amputações. Contudo, além de realizar a higiene, não foi possível compreender os cuidados específicos direcionados para a pele e para os pés.

Só tomo cuidado com higiene da minha pele, por causa de não haver nenhum ferimento, tomo cuidado bastante (P1).

(...) seguir as regras direitinho como recebo as orientações do pessoal da saúde: cuidados com as unhas, a higiene pessoal ser bem direitinho, secar os dedos (P3).

(...)ter muito cuidado com a pele porque é o órgão maior que a gente tem né? (P8)

(...) procuro ter cuidado com os meus pés que é de lei (P14).

(...) procuro olhar meus pés, tenho muito medo de perder meus pés, minha perna, muito! (P25).

Dificuldades para seguir o tratamento

Participantes relatam dificuldade em seguir o tratamento por fatores como a depressão, falta de apoio, déficit de conhecimento em relação à doença e por dificuldade econômica de adquirir alimentos mais saudáveis.

Não como aquilo que não devo, tomo minha medicação na hora certa. Não faço exercícios, entendeu? E acho que me cuido do meu modo, porque eu tenho um problema sério de depressão. Não gosto de muita coisa, entendeu? E pra cuidar da diabetes, de vez em quando, eu piso na bola e como o que não devo, né? (P6).

Tomo os medicamentos, praticamente não faço nada né, pra melhorar minha diabetes. Não sinto vontade de nada, não tenho estímulo (P9).

Eu sou muito assim... relapso com relação à diabetes, porque minha diabetes é baixa, não é muito assim...não é agressiva. Eu como de tudo, não respeito nada, entendeu? (P40).

(...) não como muito pão não, as vezes a metade, porque não tem outra coisa (P51).

5.1.3 Abordagem qualitativa – enfermeiras

Em relação aos enfermeiros, foram entrevistadas sete profissionais, todas do sexo feminino, com média 42,5 anos de idade ($\pm 9,8$), com tempo médio de profissão de 12,4 anos ($\pm 8,6$) e 3,4 anos ($\pm 2,8$) de atuação na atual unidade de saúde da família.

Com o objetivo de compreender como ocorre o a educação em saúde para as pessoas com DM2 com ênfase no autocuidado, foram realizadas as seguintes perguntas:

- “Você sente dificuldades em realizar ações de educação em saúde para as pessoas com Diabetes? Por quê?”

- “Como profissional de Enfermagem, o que você compreende sobre educar as pessoas com Diabetes Mellitus para o autocuidado?”

Após análise do conteúdo das entrevistas, foi possível identificar duas categorias: “Educação em saúde para as pessoas com DM como parte dos cuidados diários” e “Dificuldades das enfermeiras para realizar ações de educação em saúde”.

Educação em saúde para as pessoas com DM como parte dos cuidados diários

A análise do conteúdo permitiu compreender que para algumas enfermeiras não há dificuldade em realizar atividades de educação em saúde, pois relatam que já fazem parte dos cuidados diários, inclusive das ações desenvolvidas pelos estudantes de enfermagem das universidades/faculdades credenciadas para estágio na Atenção Primária à Saúde. Relatam que utilizam como estratégia para realizar as atividades educativas as rodas de conversa, grupo de educação para pessoas com hipertensão e DM, sala de espera e a consulta de Enfermagem.

Não sinto dificuldade não. Acho tranquilo. Recebem bem as informações. Participam, “né?”, das rodas de conversa que a gente faz. E a gente recebe, também, estagiário da universidade e, eles fazem também esse trabalho de educação em saúde com o grupo de hipertensão e diabetes, faz essa abordagem com os cuidados com os pés, sobre a questão alimentar, “né”, sobre o uso das insulinas (E1).

Não. Não sinto dificuldade não. Até porque é um tema assim tão debatido, né?! Não é nada novo, então pra gente é super rotineiro. A gente é ... falar, explicar, conversar sobre essa temática, tanto com os usuários, tanto também em relação aos próprios membros da equipe. Então é um tema bem, tranquilo para a gente discutir (E3).

Não sinto dificuldades em realizar as ações de educação em saúde porque já faz bem parte do nosso cotidiano. Eu sempre procuro pesquisar e facilmente a gente faz a sala de espera, a gente faz com os grupos, nas consultas, atividades na comunidade. É bem frequente a gente fazer atividade sim com os diabéticos e também com aquelas pessoas que tem predisposição pra evitar a elevação da glicemia (E5).

Dificuldades das enfermeiras para realizar ações de educação em saúde

Por outro lado, foram relatadas dificuldades em realizar atividades de educação em saúde para as pessoas com DM no que se refere a dinâmica de atividades que são realizadas na Atenção Primária, não permitindo que os profissionais dediquem maior tempo a essa atividade. Também foi verificada que a prorrogação da atualização da receita da medicação para seis meses foi citada como empecilho para educar as pessoas com DM, já que elas comparecem com menor frequência à unidade de saúde da família.

O profissional de Enfermagem ele já tem essa atenção específica para o cuidar , pra educação em saúde ,agora , por mais que a gente diga isso, mas aqui na Atenção Básica a gente acaba se envolvendo com outras atividades e acaba negligenciando esse momento do educar , é mais comum a gente fazer esse tipo de abordagem dentro do consultório quando tem oportunidade de estar com eles, principalmente nas pré-consultas e nessas rodas de conversa que a gente proporciona , mas assim, acredito muito que seria necessário uma abordagem mais intensa a esse assunto (E7).

Sim, porque é difícil, porque quando a receita era mensal, era mais fácil. Agora a receita é de seis em seis meses, fica difícil, tem muitos usuários que não vem (E4).

Outras dificuldades relatadas foram em relação aos pacientes, principalmente no que refere a não aceitação da doença. As enfermeiras acreditam que essa atitude negativa frente ao DM é uma barreira para a implementação do que elas orientam sobre os cuidados necessários para o autocuidado.

Além disso, o contexto socioeconômico em que as pessoas com DM vivem, com condições precárias de higiene pessoal e ambiental, e déficit no poder aquisitivo, impedindo-as que tenham uma alimentação saudável, por exemplo, são outros fatores citados como dificuldades para realizar a educação.

Existe alguma dificuldade realmente em trabalhar com essas pessoas que são diabéticas, tanto pelo conhecimento (...), como também a aceitação da própria população. Por mais que você oriente, fale durante a consulta ou durante algumas rodas

de conversa; principalmente nos grupos específicos que a gente tem aqui, não tem grupo específico para diabetes, mas tem o grupo de idosos, onde a gente aborda esse assunto regularmente. Então é como se fosse uma negação, eles têm a doença, mas poucos se preocupam com ela e não entendem que aqueles sintomas são progressivos, que as coisas vão se complicar mais, sem muita importância. Então eu sinto realmente dificuldade, principalmente pela falta de interesse deles (E7).

Na realidade, é o paciente com esse tipo de patologia. São pacientes de difícil aceitação, sabia? Eles são resistentes, muitas vezes não aceitam a patologia, muitas vezes eles são teimosos diante da situação, não tem consciência que precisam se reeducar com relação à alimentação, se reeducar na maneira de calçados, tá entendendo? A medicação deles tem que ser no horário, porém eles não dão muita ênfase a essa situação, então é muito difícil trabalhar com o paciente diabético (E2).

A gente faz esse trabalho durante a visita e também durante as consultas que são realizadas na unidade, torna-se difícil esse autocuidado devido à precariedade dos qual os usuários vivem: falta de condições de higiene; então a gente faz as nossas orientações, mas deixa muito a desejar para o autocuidado deles o que eles nos passam. Até mesmo em termo de alimentação é muita precariedade, eles comem o que tem e não o que realmente necessita para que a dieta certa possa ser feita, entendeu? (E6).

Uma estratégia apontada pelas enfermeiras para enfrentar essas barreiras na educação para o autocuidado está no envolvimento dos familiares no tratamento. Acreditam que o apoio de alguém próximo à pessoa com DM trará êxito ao tratamento com resultados positivos para a qualidade de vida.

Diante do quadro que vivenciamos, umas das primeiras coisas que devemos fazer para educar o paciente para o autocuidado, temos que começar pelas pessoas que o cercam. A partir do momento que temos o olhar, diante da necessidade que o paciente precisa fazer uso daquela medicação, precisa fazer uso daquela alimentação, ele tem que ter alguém por trás dele que lidere essa situação pra que ele venha a ter pontos positivos diante da patologia. Se ele não tem, fica difícil reeducá-lo. Então uma das primeiras prioridades que podemos citar, dentro da educação do paciente com diabetes, é orientar

a família a respeito da patologia e tentar convencer o mesmo a tal situação que ele precisa de cuidado, ele precisa saber que tipo de alimentação ele vai ter que mudar, se tiver que mudar fazer uma mudança alimentar... aí, diante dessa situação, o autocuidado tem que ser gerado, inicialmente, da família: filho, uma filha, uma irmã mais nova, uma esposa, principalmente quando o paciente é idoso. Ele tem que ter consciência do autocuidado, do calçado, da alimentação, das medicações, que é de total importância, horário de medicação, horário de alimentação, tudo isso pesa. Então esse autocuidado tem que ser, primeiramente, ser iniciado dentro da família (E2).

5.1.3.1 Identificação de intervenções e estratégias educacionais, a partir dos discursos das enfermeiras

A partir dos discursos das enfermeiras, foi possível identificar intervenções e estratégias educacionais para o autocuidado de pessoas com DM2, tais como: rodas de conversa, grupos de educação, sala de espera, consulta de Enfermagem, visita domiciliar e participação da família (Quadro 4).

Quadro 4 -Intervenções e estratégias educacionais para o autocuidado de pessoas com DM2, identificadas a partir dos discursos das enfermeiras. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

Intervenção/ Estratégia Educacional	Discurso
Realizar rodas de conversa	<i>Participam, “né?”, das rodas de conversa que a gente faz (E1)</i> <i>(...) nessas rodas de conversa que a gente proporciona (E7)</i>
Promover grupos de educação	<i>(...) esse trabalho de educação em saúde com o grupo de hipertensão e diabetes (E1)</i> <i>(...) e facilmente a gente faz a sala de espera, a gente faz com os grupos, nas consultas, atividades na comunidade (E5)</i> <i>(...)principalmente nos grupos específicos que a gente tem aqui, não tem grupo específico para diabetes, mas tem o grupo de idosos (E7)</i>
Realizar sala de espera	<i>(...) a gente faz a sala de espera (E5)</i>
Realizar consulta de Enfermagem	<i>(...)é mais comum a gente fazer esse tipo de abordagem dentro do consultório quando tem oportunidade de estar com eles (E7)</i>
Realizar visita domiciliar	<i>A gente faz esse trabalho durante a visita e também durante as consultas que são realizadas na unidade (E6)</i>

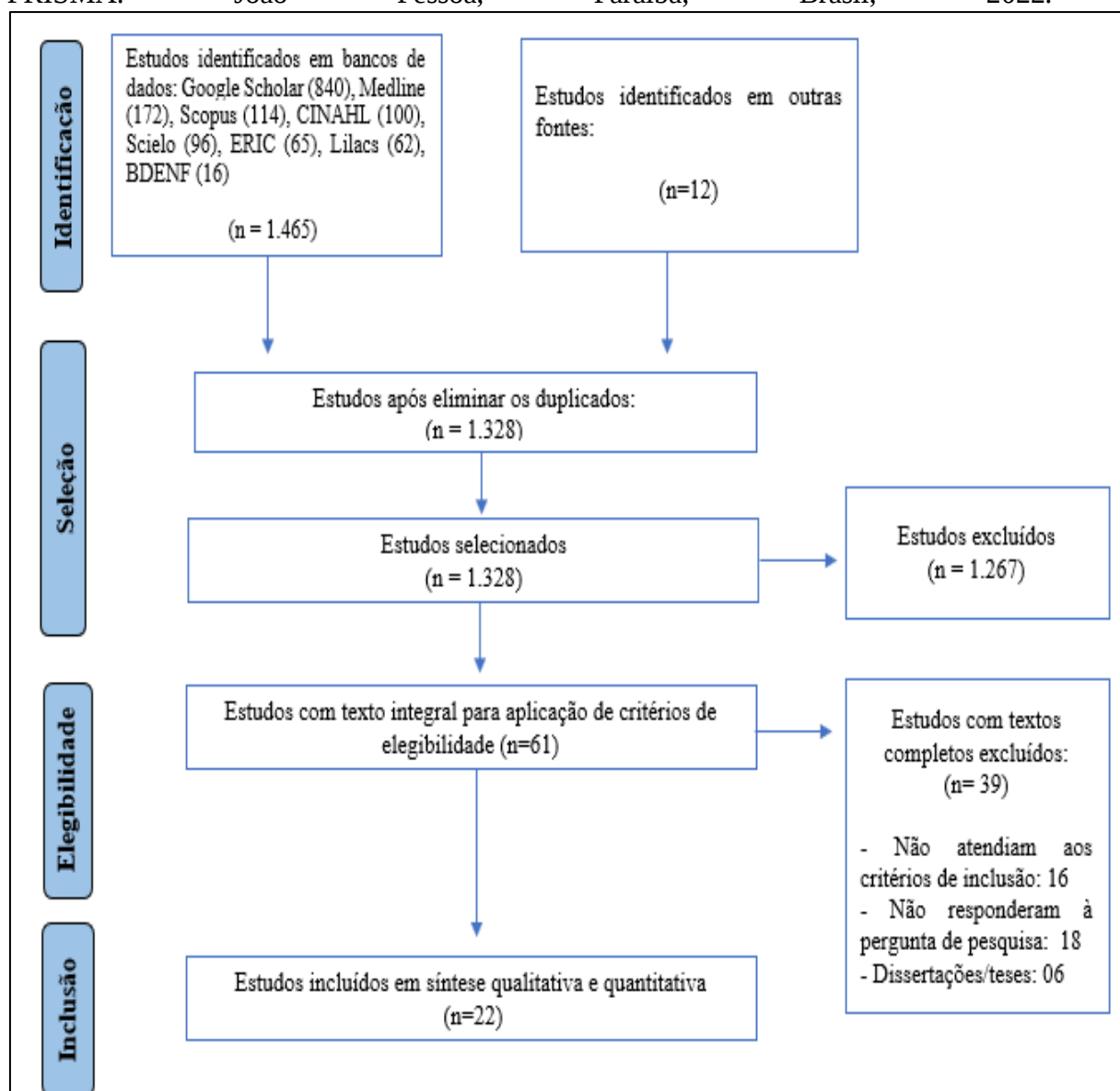
Promover participação da família	<i>(...)para educar o paciente para o autocuidado, temos que começar pelas pessoas que o cercam (...). Então uma das primeiras prioridades que podemos citar, dentro da educação do paciente com diabetes, é orientar a família a respeito da patologia (E2)</i>
----------------------------------	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

5.2 Revisão de Literatura

A estratégia de busca identificou um total de 1.477 publicações. Após exclusão de 149 duplicatas e 1.267 por critérios de elegibilidade estabelecidos, 61 estudos foram selecionados para leitura na íntegra. Destes, excluíram-se 39, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, resultando em um total de 22 estudos incluídos na revisão. A descrição das buscas e a seleção dos artigos foram baseadas no Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis (PRISMA) (Figura 4).

Figura 4 - Diagrama de fluxo da seleção dos estudos incluídos na revisão segundo o PRISMA. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

No que se refere às características dos estudos incluídos na revisão, foi possível constatar que 11 (50%) foram publicados nos anos de 2020 e 2021; 12 (54,5%) foram desenvolvidos no Brasil e 4 (18,1%) na Espanha; 12 (54,5%) publicados na língua inglesa; 6 (27%) são vinculados à Universidade Federal de Minas Gerais; 19 (86,3%) possuem o(a) enfermeiro(a) como primeiro autor; 5 (22,7%) foram publicados na Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Rev Esc Enfem USP) (Quadro 5).

Quadro 5 - Caracterização dos artigos incluídos nesta revisão. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

Artigo	Autores	Título	Ano	País	Idioma	Filiação do primeiro autor	Formação do primeiro autor	Periódico
1	BORBA, A.K.O.T. et al	Intervenção educativa problematizadora para promoção de hábitos saudáveis em idosos com diabetes: ensaio clínico randomizado	2020	Brasil	Português	Universidade Federal de Pernambuco	Enfermeira	Revista Brasileira de Enfermagem
2	CARLSON, L.M et al	Facilitated Stories for Change: Digital Storytelling as a Tool for Engagement in Facilitated Discussion for Reduction of Diabetes-Related Health Disparities Among Rural Latino Patients With Diabetes	2021	Estados Unidos	Inglês	Mayo Medical School	Médica	Journal of Transcultural Nursing
3	CARO-BAUTISTA, J. et al	Impact of self-care programmes in type 2 diabetes mellitus population in primary health care: Systematic review and metaanalysis	2020	Espanha	Inglês	Instituto de Investigación Biomédica de Málaga	Enfermeiro	Journal of Clinical Nursing
4	TORRES, H.C.; CORTEZ, D.N.; REIS, I.A.	Avaliação da educação em grupo de diabetes na Atenção Primária à Saúde	2016	Brasil	Português	Universidade Federal de Minas Gerais	Enfermeira	Ciencia y enfermeria
5	PEREIRA, P.F. et al	Avaliação das estratégias de educação em grupo e intervenção telefônica para o diabetes tipo 2	2021	Brasil	Português	Universidade Federal de Minas Gerais	Enfermeira	Rev Esc Enferm USP

6	Celia CRUZ-COBO, C.; SANT, M.J.	Efficacy of Diabetes Education in Adults With Diabetes Mellitus Type 2 in Primary Care: A Systematic Review	2020	Espanha	Inglês	Universidad de Cádiz	Enfermeira	Journal of Nursing Scholarship
7	CORIA, M.C.F.; CRUZ-COBO, C.; SANTICANO, M.J.	Effectiveness of a primary care nurse delivered educational intervention for patients with type 2 diabetes mellitus in promoting metabolic control and compliance with long-term therapeutic targets: Randomised controlled trial	2020	Espanha	Inglês	Universidad de Cádiz	Enfermeira	International Journal of Nursing Studies
8	MACEDO, M.M.L et al	Adesão e empoderamento de usuários com diabetes mellitus para práticas de autocuidado: ensaio clínico randomizado	2017	Brasil	Português	Universidade Federal de Minas Gerais	Enfermeira	Rev Esc Enferm USP
9	MARQUES, M.B et al	Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes mellitus	2019	Brasil	Português	Universidade Federal do Ceará	Enfermeira	Rev Esc Enferm USP
10	MARTOS-CABRERA, M.B. et al	Nursing-Intense Health Education Intervention for Persons with Type 2 Diabetes: A Quasi-Experimental Study	2021	Espanha	Inglês	University of Granada	Enfermeira	Healthcare
11	FERGUSON, S.; SWAN, M.; SMALDONE, A.	Does Diabetes Selfmanagement Education in Conjunction With Primary Care Improve Glycemic Control in Hispanic Patients?	2015	Estados Unidos	Inglês	Columbia University School of Nursin	Enfermeira	The Science of Diabetes Self-Management and Care

12	MERAKOU, K. et al	Group patient education: effectiveness of a brief intervention in people with type 2 diabetes mellitus in primary health care in Greece: a clinically controlled trial	2015	Grécia	Inglês	University of West Attica	Cientista Social e Política	Health Education Research
13	MOREIRA, J.B. et al	Efeito do grupo operativo no ensino do autocuidado com os pés de diabéticos: ensaio clínico randomizado	2020	Brasil	Português	Universidade Federal de Alfenas	Enfermeiro	Rev Esc Enferm USP
14	MOURA, N.S. et al.	Alfabetização em saúde e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2	2019	Brasil	Português	Universidade Federal do Piauí	Enfermeira	Rev Bras Enferm
15	PARAGAS JR., E.D.; BARCELO, T.	Effects of message-framed informational videos on diabetes management knowledge and self-efficacy	2019	Filipinas	Inglês	University of Santo Tomas	Enfermeiro	International Journal of Nursing Practice
16	SILVA, A.F.R. et al.	Intervenção telefônica na prática de autocuidado com os pés em diabéticos: ensaio clínico randomizado	2021	Brasil	Português	Universidade Federal do Piauí	Enfermeira	Rev Esc Enferm USP
17	TORRES, H.C.; SANTOS, L.M.; CORDEIRO, P.M.C.S.	Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes	2014	Brasil	Português	Universidade Federal de Minas Gerais	Enfermeira	Acta Paul Enferm.
18	TORRES, H.C. et al.	Avaliação dos efeitos de um programa educativo em diabetes: ensaio clínico randomizado	2018	Brasil	Português	Universidade Federal de Minas Gerais	Enfermeira	Revista de Saúde Pública

19	TREVISANA, D.D. et al.	Effect of an ‘implementation intention’ intervention on adherence to oral anti-diabetic medication in Brazilians with type 2 diabetes	2020	Brasil	Inglês	Universidade Federal de São João del Rei	Enfermeiro	Patient Education and Counseling
20	GUCCIARD, E. et al.	Group-based storytelling in disease self-management among people with diabetes	2021	Canadá	Inglês	Ryerson University	Nutricionista	Chronic Illness
21	GRILLO, M.F.F. et al	Diabetes education in primary care: a randomized clinical trial	2016	Brasil	Inglês	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Enfermeira	Caderno de Saúde Pública
22	WHITEHEAD, L.C. et al	A nurse-led education and cognitive behaviour therapy- based intervention among adults with uncontrolled type 2 diabetes: A randomised controlled trial	2017	Austrália	Inglês	Edith Cowan University	Enfermeira	Journal of Evaluation in Clinical Practice

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Foi possível constatar que todos os estudos contemplam o objetivo de avaliar a eficácia das intervenções educativas para melhorar a adesão ao autocuidado e, assim, melhorias no controle glicêmico. Sobre as características dos participantes dos estudos, o tamanho amostral é composto, em média, por 144,7 participantes, com o mínimo de oito e máximo de 341 pessoas; 9 (47,3%) estudos abordaram pessoas com DM a partir de 18 anos de idade, 5 (26,3%) estudos incluíram pessoas a partir dos 30 anos de idade, 2 (10,5%) consideraram idade a partir dos 60 anos (Quadro 6). Ressalta-se que os estudos de revisão não foram incluídos nesta descrição por não detalharem, especificamente, a idade dos participantes.

Quanto às intervenções e/ou estratégias educacionais, dentre os 22 artigos selecionados, foram evidenciadas 31, sendo 14 (45,2%) desenvolvidas em grupos, 12 (38,7%) realizadas em grupo e individualmente e 5 (16,1%) apenas de forma individual (Quadro 6).

Quadro 6 – Caracterização dos estudos quanto ao objetivo, participantes do estudo, intervenção/estratégia educacional, instrumentos específicos utilizados, principais resultados, tipo de estudo e nível de evidência. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

Artigo	Objetivo	Participantes do estudo	Intervenção/Estratégia educacional	Instrumentos específicos utilizados	Principais resultados	Tipo de estudo	Nível de Evidência
1	Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa problematizadora para promoção de hábitos saudáveis em idosos com DM	202 indivíduos com idade superior a 60 anos	Intervenção baseada na metodologia pedagógica problematizadora, realizada em grupo uma vez por mês, durante seis meses. Temas centrais e estratégias de trabalho em grupo: entendendo o DM e suas complicações; escolha de alimentos saudáveis dentro dos grupos alimentares; atividade física e autocuidado com os pés. Foram utilizadas estratégias lúdicas como jogos, encenação teatral, dinâmicas de sensibilização, problematização, fundamentação teórica, reflexão teórico-prática, elaboração coletiva das respostas, síntese do que foi vivenciado e avaliação. Ao final da intervenção, foi desenvolvida uma cartilha educativa com os assuntos abordados durante o processo.	Diabetes Knowledge Scale (DKN-A); Diabetes Attitudes Questionnaire (ATT-19); Recordatório de 24 horas; Índice de Alimentação Saudável adaptado para o idoso; Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)	A intervenção grupal problematizadora, quando comparada ao tratamento convencional nas USFs, apresentou efeito positivo para a promoção da prática de atividade física, menor consumo de óleos e gorduras, maior variedade da dieta, aumento do conhecimento sobre o DM e atitude positiva para o autocuidado.	Ensaio clínico randomizado	II
2	Testar a aceitabilidade e viabilidade de uma intervenção de narração de histórias facilitada para o autogerenciamento de DM2 entre	22 pacientes adultos	Intervenção realizada em grupo com divulgação de um vídeo, com duração de 12 minutos, contendo quatro histórias de adultos com DM2. Após a visualização das histórias, foi realizada uma discussão facilitada com duração entre 30 a 40 minutos. A teoria sociocognitiva formou o arcabouço teórico para a discussão, incorporando a aprendizagem	Instrumento desenvolvido pelo autor com itens para avaliar motivação, confiança e intenções comportamentais para o	Todos os participantes afirmaram que se sentiram motivados a fazer algo diferente para controlar o diabetes após participar da discussão, sendo a intenção	Quase-experimental	III

	pacientes latinos em ambientes de saúde rurais e avaliar o impacto potencial da intervenção na saúde psicossocial.		observacional entre os participantes. Os tópicos da discussão incluíram o estabelecimento de metas de gerenciamento de diabetes, barreiras de autogerenciamento e estratégias de gerenciamento bem-sucedidas. A conversa foi direcionada especificamente para o vídeo, abordando as reações individuais às histórias e as lições aprendidas pelos participantes.	autogerenciamento do DM2 Adaptação de uma ferramenta de comunicação em saúde construída pelo National Cancer Institute, para avaliar a aceitabilidade da intervenção	comportamental mais comum tomar seus medicamentos conforme orientação. A entrega de uma intervenção de contação de histórias digital em um ambiente de grupo seguido de discussão facilitada foi altamente aceitável e resultou em construções psicossociais aprimoradas para o autogerenciamento do DM2.		
3	Avaliar a eficácia de programas de autocuidado na população de DM2, implementados no contexto da atenção primária.	Adultos com DM2	Intervenção em grupo, com quatro a cinco sessões de educação para o empoderamento focadas no conhecimento sobre diabetes, autoeficácia e satisfação com a vida diária, IMC e controle da glicemia. Intervenção em grupo, seguida de individual: duração de doze sessões de duas horas (uma por mês): 10–15 minutos para socialização, 30-45 minutos para discussão de um tema relacionado à saúde,	Não foram abordados neste estudo	O modelo teórico mais utilizado foi o de autoeficácia; o controle metabólico é o principal desfecho com avaliação da hemoglobina glicada durante o acompanhamento Nesta meta-análise, os programas de autocuidado	Revisão sistemática e metanálise	I

			como cuidados com os pés ou estratégias de alimentação saudável; e 60 minutos para consultas individuais com o médico. Intervenção em grupo: O conteúdo de cada sessão foi guiado pelo risco dos pacientes e pelas metas selecionadas por eles nos seguintes tópicos: introdução ao diabetes; alimentação saudável; sendo ativo; uso de medicação; monitoramento de glicemia e pressão arterial; redução do risco (prevenção de complicações, padrões de atendimento, consultas e medições laboratoriais, tabagismo, álcool, cuidados com os pés); enfrentamento saudável (gerenciamento de estresse e depressão); e resolução de problemas. Intervenção em grupo por meio de um workshop de quatro horas, baseado em um manual de Terapia de Aceitação e Compromisso com temas sobre os cuidados com DM, além de treinamento de atenção e aceitação em relação a pensamentos e sentimentos difíceis sobre diabetes, exploração de valores pessoais relacionados ao diabetes e foco na		alcançaram resultados significativos em termos de controle metabólico (uma redução geral de 0,29% para HbA1c).		
--	--	--	---	--	---	--	--

			capacidade de agir ao entrar em contato com experiências difíceis. Intervenção em grupo de 60 minutos focadas em entender o diabetes, viver um estilo de vida saudável, entender a medicação e evitar complicações. O estilo de comunicação dos promotores de saúde foi baseado em princípios e habilidades de entrevista motivacional. Intervenção individual por meio de uma consulta presencial de 15 minutos com a enfermeira para apresentar o Manual de Diabetes de 12 semanas. Os pacientes trabalharam de forma independente por meio do manual, que foi sustentado pela teoria da autoeficácia com componentes projetados para desenvolver confiança para o autocuidado e reduzir o sofrimento relacionado ao diabetes. O suporte telefônico da enfermeira foi fornecido na: primeira, quinta e décima primeira semana como apoio para o aprendizado sobre o Manual de Diabetes.				
--	--	--	--	--	--	--	--

			Intervenção individual ao longo de oito semanas, abordando habilidades de gerenciamento; apoio social e emocional; auxílio na mudança do estilo de vida e na compreensão e adesão à medicação; explicação sobre os serviços ofertados pela unidade e os recursos da comunidade. As estratégias utilizadas foram contato telefônico pelo menos duas vezes por mês e dois ou mais contatos pessoais ao longo de seis meses. Os pacientes eram auxiliados a projetar planos de ação para atingir as metas escolhidas por eles.				
4	Avaliar a educação em grupo para o controle metabólico dos usuários com diabetes mellitus 2 na Atenção Primária à Saúde.	76 pessoas de ambos os sexos, na faixa etária compreendida entre 30 e 70 anos	Intervenção em grupo, com duração de duas horas. A cada encontro um tema era discutido, por meio de dinâmicas interativas e lúdicas que eram fundamentadas em cartilhas e jogos educativos baseados nos conhecimentos teóricos e práticos. Os temas sobre diabetes mellitus explorados foram: fisiopatologia, prevenção das complicações agudas e crônicas, importância da dieta e da prática de atividades físicas e cuidados com os pés. Nos intervalos dos encontros, eram realizadas ligações telefônicas, para orientação sobre manejo da dieta e atividade física. A estrutura para a avaliação do programa de educação em grupo é fundamentada em algumas teorias	Conhecimento geral da doença (DKN-A), atitudes psicológicas (ATT-19) e autogerenciamento dos cuidados do diabetes (ESM)	Foi constatada redução nos níveis de HbA1c, indicando uma melhora no controle metabólico dos usuários. E no segundo momento, após a intervenção educativa, os resultados relativos à aplicação do questionário DKN-A, evidenciaram melhora do conhecimento em diabetes mellitus.	Quase-experimental	III

			e conceitos, tais como: teoria da aprendizagem social; modelo de crenças em saúde.				
5	Comparar as estratégias de educação em grupo e intervenção telefônica em relação às variáveis empoderamento, práticas de autocuidado e controle glicêmico das pessoas com diabetes mellitus tipo 2.	208 participantes, com idade entre 18 e 79 anos	Intervenção em grupo e telefônica com duração de 12 meses. Cada ciclo era composto de dois a três encontros com intervalo de uma semana. Cada encontro era realizado nas respectivas unidades de saúde, tinha duração média de duas horas e contava com a participação média de 10 pessoas com DM2 e dois profissionais, em geral uma enfermeira e uma nutricionista. A educação em grupo consistiu em atividades lúdicas e interativas que abordavam os temas alimentação saudável, prática de atividade física e sentimentos que influenciam a adesão às práticas de autocuidado, além do planejamento de metas pela pessoa com diabetes. Para o desenvolvimento dos grupos, foram elaborados roteiros conforme os temas estabelecidos e baseados no Protocolo de Mudança de Comportamento. A intervenção telefônica foi dividida em quatro ciclos com intervalos de três meses, totalizando oito contatos telefônicos com cada participante. A estratégia educativa utilizou o Protocolo Compasso e os cinco passos para a elaboração do plano de metas. A intervenção telefônica foi conduzida por	Questionário de Autocuidado do Diabetes Mellitus (ESM); “Diabetes Empowerment Scale – Short version (DES-SF)”, denominada Escala de Autoeficácia em Diabetes – Versão curta (EAD-VC);	A HbA1c foi reduzida em ambas as intervenções educativas. Entretanto, quando analisadas as variáveis empoderamento e práticas de autocuidado, somente a intervenção telefônica obteve resultado significativo. Não houve modificação nos valores de hemoglobina glicada e de empoderamento no grupo controle. Contudo, a variável “práticas de autocuidado” sofreu uma diminuição relevante. A análise individual dos escores demonstra que a intervenção telefônica apresentou melhor	Ensaio clínico do tipo cluster randomizado	II

			uma enfermeira com o apoio de uma nutricionista e tinha duração, em média, de 25 minutos para o acompanhamento das metas planejadas pela pessoa com DM.		resultado quando comparada com as estratégias educação em grupo e grupo controle.		
6	Analisar a eficácia da educação em diabetes dada na atenção primária aos pacientes com DM tipo 2 em comparação com os cuidados habituais em termos de HbA1c, IMC, perfil lipídico e pressão arterial; analisar quais abordagens alcançaram melhores resultados.	Pessoas com DM2	Grupo de programa de exercício físico em que as sessões de exercício decorreram em instalações desportivas públicas . Intervenção em grupo, com média de 10 pessoas, utilizando os de mapas conversacionais ou teorias psicológicas de aprendizagem. Intervenção individual por meio de ligações telefônicas, com foco nos fatores que influenciam o comportamento relacionado para a saúde. Intervenção individual e em grupo por meio de estratégias como visita ou intervenção por telefone. O conteúdo educacional desses programas tem incluiu: fisiopatologia do diabetes , sinais e sintomas, fatores de risco, doenças agudas e crônicas complicações, automonitorização da glicemia, exercício, dieta, adesão ao tratamento, cessação do tabagismo, habilidades de enfrentamento, gerenciamento do estresse e compreensão	Não foram abordados neste estudo	Uma porcentagem maior de pacientes completou as sessões de educação individual em comparação com as sessões em grupo. O uso da educação individual alcançou a maior redução na HbA1c. No entanto, para diminuir o IMC, PAS, PAD, colesterol total, LDL-C e triglicerídeos, o método mais eficaz foi uma intervenção em grupo. Todos os trabalhos revisados apoiam os benefícios da educação em diabetes para o controle metabólico e o aumento de conhecimento da	Revisão sistemática	I

			da doença A duração dos programas variou de um dia (intensivo) aos mais longos com consultas agendadas ao longo do tempo, sendo o mais longo 24 meses. A duração média das intervenções foi de 10 meses. O monitoramento e avaliação dos programas desenvolvidos foram desenvolvidos 3 a 6 meses após a intervenção em programas mais curtos, e até 36 meses depois nas mais prolongadas. Em relação às variáveis de desfecho, tanto bioquímicas quanto parâmetros antropométricos foram analisados		doença. Nenhum programa ou método foi mais eficaz, pois os parâmetros foram modificados dependendo da intervenção. Deve-se também dar importância às estratégias de reforço como o telefone ligações ou visitas periódicas.		
7	Avaliar a eficácia do uso de um programa de diabetes tipo 2 estruturado e individualizado.	280 pacientes, entre 18 e 80 anos	A intervenção individual consistiu em seis sessões presenciais com duração de 30 minutos. Elas consistiam em uma educação estruturada e individualizada. As sessões foram realizadas em um período de seis meses, com reforços educacionais após 12 e 18 meses. Para participar das sessões, a pessoa com DM2 teria que estar acompanhado por um familiar/cuidador. Foram utilizadas técnicas de estabelecimento de metas e entrevista motivacional. Os conteúdos propostos abordaram: conhecimento básico de diabetes, alimentação saudável, atividade física, automonitoramento da glicemia, medicação, redução de risco, resolução de problemas e enfrentamento eficaz.	Não foi utilizado instrumento específico neste estudo	A intervenção educativa obteve efeitos favoráveis a médio e longo prazo sobre a glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol e pressão arterial sistólica.	Ensaio clínico controlado randomizado	II

8	Avaliar a adesão e o empoderamento do usuário com diabetes mellitus tipo 2 para as práticas de autocuidado e controle glicêmico na educação em grupo	183 pessoas com idade entre 30 e 79 anos	Intervenção em grupo com sete encontros, com duração média de 2 horas, totalizando 14 horas de contato, que foram distribuídas em três ciclos de atividades. Os dois primeiros ciclos contemplaram três encontros e o último, um único encontro. Entre os ciclos foi padronizado um intervalo de 3 meses. Toda a prática educativa foi pautada na abordagem do empoderamento baseada no Protocolo Mudança de Comportamento. Com o apoio de dinâmicas e materiais concretos adaptados para a prática educativa, foram abordadas diferentes temáticas, como os sentimentos e os problemas relacionados com diabetes, alimentação, prática de atividade física, possíveis complicações e principais dificuldades relacionadas ao cuidado com a saúde. Ao final de cada encontro, os usuários foram incentivados a elaborar metas que considerassem importantes para a modificação do seu comportamento e a criação de um plano de cuidados atrelado ao seu cotidiano, na tentativa de melhorar o autocuidado. O último ciclo contemplou apenas um, em que foram entregues os exames e discutidos os resultados de cada usuário, propiciando uma reflexão e avaliação comparativa entre o exame realizado no início dos ciclos e o	Adesão às práticas de autocuidado para o diabetes mellitus (ESM) e empoderamento para o autocuidado em diabetes mellitus, versão curta (DES-SF), relacionados às variáveis adesão e empoderamento das práticas de autocuidado	O uso do Protocolo Mudança de Comportamento contribuiu para que o usuário reconhecesse a importância e a responsabilidade da sua participação na realização do cuidado. Os resultados encontrados sugerem que a prática educativa desenvolvida foi efetiva, pois proporcionou controle e gerenciamento do diabetes mellitus tipo 2, aumento da participação dos usuários na gestão da condição, aumento do empoderamento e da adesão às práticas de autocuidado, principalmente para uma alimentação saudável e prática de exercício físico, além de melhora dos níveis	Ensaio clínico randomizado por clusters	II
---	---	---	---	--	--	--	-----------

			resultado do exame final, após a participação nos grupos. Todo o processo educativo aconteceu por meio da dialógica, da escuta qualificada e da reflexão, mediante a problematização dos contextos vivenciados por cada usuário com diabetes. No intervalo entre os ciclos, os usuários receberam uma ligação telefônica mensal, com duração média de 20 minutos. O objetivo era motivá-los na realização das práticas de autocuidado que foram estabelecidas durante a elaboração das metas.		glicêmicos sanguíneos, evidenciada pelos resultados da hemoglobina glicada.		
9	Avaliar a eficácia de uma intervenção educativa de enfermagem para o autocuidado em idosos com DM.	103 pacientes com idade >60 anos	Na intervenção em grupo foram abordadas orientações sobre o tratamento de diabetes e orientações/demonstrações sobre o cuidado com os pés. Para isto, valeu-se de dois álbuns seriados, um sobre os aspectos gerais de DM, que abordava a fisiopatologia da doença, o tratamento farmacológico, não farmacológico e os cuidados com relação às complicações da doença e o outro abordava o cuidado com os pés, intitulado “Vamos pegar no pé com amor e carinho. Juntamente com os álbuns foi utilizado um kit educativo para demonstrar e reforçar o conhecimento sobre o cuidado com os pés, composto de: tesoura, toalha, hidratante, manequim de perna e de pé. Os participantes foram	Questionário de Autocuidado em Diabetes (QAD)	No GI, verificou-se redução nas médias dos valores da Glicemia capilar, da Pressão Arterial Sistólica (PAS), da Pressão Arterial Diastólica (PAD) e do Índice de Massa Corporal (IMC), Quando avaliado o autocuidado, os aspectos que apresentaram valores estatisticamente significativos no GI foram as variáveis que	Estudo quase-experimental do tipo antes-depois com dois grupos	III

			alocados em 10 grupos, em média havia cinco participantes por grupo. A intervenção teve duração média de 60 minutos, com pausa de 20 minutos entre os conteúdos sobre DM e cuidado com os pés. Em seguida, após 15 dias da data de realização da intervenção educativa, foi realizado contato telefônico para acompanhar os idosos participantes, no intuito de sanar dúvidas e fornecer orientações sobre o tratamento e o cuidado acerca do conteúdo abordado na intervenção. A terceira etapa ocorreu 30 dias após a intervenção educativa no GI e GC. Nesta etapa foi promovida a reavaliação do autocuidado em diabetes mediante a aplicação do QAD e nova avaliação dos parâmetros clínicos.		abordavam alimentação, entre as quais: seguiu uma dieta saudável, seguiu orientação alimentar e examinou os seus pés.		
10	Determinar se a oferta de uma programa de educação em saúde por profissionais de saúde melhora os parâmetros de HbA1c em pacientes com DM2.	249 pessoas com idade > 30 anos	Grupo de intervenção (pacientes com níveis de HbA1c >7%): - Consulta agendada de 30 minutos mais suporte em grupo, a cada 7 dias por 3 meses - Educação para a saúde em diabetes: técnicas aprimoradas de autocuidado - Dieta e exercício. - Plano de cuidados de enfermagem: avaliação e evolução dos objetivos de enfermagem. Determinação do índice tornozelo-braquial.	Não foi utilizado instrumento específico neste estudo	Em ambos os grupos houve redução significativa dos níveis de HbA1c, indicando maior redução da HbA1c no grupo de intervenção. Os achados do estudo mostraram que intensas intervenções de educação em saúde por a equipe de	Estudo quase experimental	III

			- Detecção de complicações vasculares por anamnese e exame. - Triagem da retinopatia diabética: retinografia digital. - Análise de HbA1c após 6 meses		enfermagem pode dar uma contribuição real aos pacientes com DM2, pois os níveis de HbA1c e a adesão a bons hábitos de saúde claramente melhoraram. Por outro lado, a consideração deve ser dada para estender o acompanhamento fornecido para manter os benefícios a longo prazo.		
11	Avaliar a eficácia do autogerenciamento do diabetes intervenções de educação (DSME) entregues em conjunto com a atenção primária entre adultos hispânicos com tipo 2 diabetes mellitus (DM2)	Adultos com DM2	Intervenções em sessões educativas individuais ou em grupo, sessões de videoconferência, vídeos educativos com ligações telefônicas de acompanhamento, ligações telefônicas isoladas ou combinações multimodais dessas estratégias. Por exemplo, uma intervenção forneceu sessões educativas em grupo e telefonemas de acompanhamento e cartões postais motivacionais enviados para os participantes do estudo. A duração das intervenções variou de seis semanas a cinco anos, e o tempo total de contato com o paciente foi de seis semanas a cinco anos.	Não foram abordados neste estudo	Os estudos variaram em seus métodos de relatar resultados e efeitos da intervenção, mas todos os estudos usaram hemoglobina glicada como medida de controle glicêmico, evidenciado redução dos valores após a intervenção. Além da mudança no controle glicêmico, o houve melhora no	Revisão sistemática e metáanálise	I

			Sete estudos incluíram intervenções culturalmente adaptadas. Nesses estudos, os pesquisadores realizaram adaptação cultural, incluindo educadores da mesma cultura dos participantes pretendidos, fornecendo recomendações de estilo de vida culturalmente relevantes, completando avaliações de necessidades da comunidade, apresentando líderes locais que discutiram suas experiências pessoais com diabetes, abordando crenças culturais sobre diabetes, e fornecendo programação de televisão baseada em preferência culturais.		conhecimento sobre diabetes, desempenho de comportamentos de autocuidado (hábitos alimentares, atividade, e adesão à medicação), e diminuição da utilização da sala de emergência. Também foi evidenciada melhora na pressão arterial, glicemia de jejum, e variabilidade da glicemia. No entanto, não houve alterações significativas nos níveis lipídicos ou nas medidas antropométricas, como índice de massa corporal ou circunferência da cintura.		
12	Avaliar a eficácia da educação em grupo com o uso do Mapa de	193 pessoas, > 18 anos, que não sofrem de hipertensão ou	Os participantes do grupo de intervenção foram divididos em 19 grupos (3-8 pessoas por grupo) e cada grupo participou de um programa educacional de um total de 6 h, sendo 2 h por semana, distribuídos		Os achados deste estudo mostram que um curto programa educacional em grupo usando os Mapas de		II

	Conversação para pessoas com tipo 2 DM em comparação com as informações padrão de provisão do médico de saúde primário para o paciente.	outras doenças graves	em três sessões, durante um período de 3 semanas. As técnicas educacionais que utilizadas incluíram brainstorming, discussão em grupo, perguntas e respostas e análise de cenários. O material educativo consistia em “Mapas de conversação: aprendendo sobre diabetes”. O material educativo é composto por quatro mapas de conversação (CMs) de tamanho 91, 44 cm por 152, 4 cm, e abordaram as seguintes questões: "Viver com diabetes", que constitui uma revisão de diabetes e inclui uma descrição do que é a doença, bem como alguns dos mitos mais difundidos sobre o diabetes; “Como funciona o diabetes”: oportuniza a discussão a fisiopatologia do diabetes; "Alimentação saudável e exercício físico" que concentra-se nas mudanças que os pacientes devem fazer no seu estilo de vida a fim de obter uma melhor qualidade de vida e evitar ou abrandar complicações potenciais. Em cada encontro educativo, o respectivo CM foi colocado em uma mesa grande e os participantes, juntamente com o facilitador, sentaram-se ao redor dela	Não foi utilizado instrumento específico neste estudo	Conversação “Aprendendo sobre Diabetes” pode ser mais eficaz do que a educação individual na regulação HbA1 e HDL em pessoas com DM2.	Ensaio clínico controlado	
13	Avaliar o efeito do grupo no operativo	168 pessoas com diagnóstico de DM2 por no	A intervenção educativa de autocuidado com os pés foi embasada nas atividades propostas pela Nursing Interventions Classification (NIC), “Ensino: Cuidado	Escala de Avaliação da Integridade Tissular: Pele e	As pessoas que participaram do processo de ensino do autocuidado por meio		

	ensino do autocuidado com os pés para prevenção do pé diabético.	mínimo cinco anos e idade >18 anos	com os Pés (5603)”, pelo Ministério da Saúde e outras extraídas da literatura. A intervenção foi realizada por meio do grupo operativo duas vezes por semana, em seis sessões, na sala de reuniões da Estratégia de Saúde da Família, no período de um mês. O grupo tratado foi subdividido em cinco grupos de oito a 15 voluntários. Foi utilizado um folder ilustrativo e didático na orientação escrita, desenvolvido por autores do estudo, para que o voluntário tivesse a oportunidade de recorrer em caso de dúvida. Nas seis sessões do grupo operativo com a metodologia expositiva dialogada, os voluntários receberam as informações incluídas no material educativo impresso, demonstrações visuais, moldes, álbum seriado, projeção de imagens e desenhos lúdicos	Mucosas dos Pés de Pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, adaptado a partir dos indicadores da NOC – Nursing Outcomes Classification	do grupo operativo tiveram menores escores de comprometimento dos pés após a intervenção comparados às demais pessoas. Também apresentaram melhor preservação de pele e anexos, o que permaneceu durante todo o estudo, ao contrário do observado para o grupo controle. Em relação à pressão plantar, os voluntários que receberam a intervenção educativa apresentaram melhor distribuição do apoio estático dos pés na posição ortostática, o que foi evidenciado na etapa de follow-up.	Ensaio clínico, randomizado, controlado e cego	II
14	Avaliar o efeito de intervenção educativa na adesão às atividades	Amostra composta por 55 pacientes com DM2, há no mínimo seis	A intervenção consistiu em três encontros que ocorreria em duas unidades de saúde da família e foram consecutivas, com intervalo semanal. Cada encontro durava, aproximadamente, 60 minutos e neles eram	Questionário de Atividades para	A dimensão que obteve maior diferença para melhor adesão às atividades de autocuidado foi a		

	de autocuidado e letramento funcional em saúde no domínio numeramento em pessoas com DM2.	meses, com idade entre 30 e 69 anos,	utilizados cartazes com ilustrações e realizadas rodas de conversa. No primeiro encontro, objetivou-se estimular o conhecimento dos pacientes em relação à doença, sinais e sintomas, a importância do controle glicêmico destacando os valores normais e alterados e a prevenção de complicações agudas e crônicas. No segundo encontro, foram enfatizados os aspectos relativos à prática de autocuidado: adesão ao tratamento não-medicamentoso (alimentação saudável, exercício físico, tabagismo e etilismo), adesão ao tratamento medicamentoso (antidiabéticos orais e insulina) e monitoramento da glicose. O terceiro e último encontro teve como objetivo encorajar os cuidados com os pés, a partir de uma experiência vivencial prática.	Autocuidado com o Diabetes (QAD)	dimensão “cuidado com os pés” em seu item “examinar dentro do calçado antes de calçá-los”, com diferença entre as médias de 3,29 dias na semana, enquanto a pior dimensão foi “uso da medicação” no item “tomar as injeções de insulina conforme recomendado”, com diferença entre as médias de 0,00 dias na semana. Segundo os níveis do numeramento em saúde, os itens de melhor e pior adesão se situaram nos níveis analítico e básico, respectivamente.	Quase-experimental	III
15	Examinar os efeitos do enquadramento da mensagem através do uso de um vídeo informativo	165 pessoas com idade ≥ 18 anos.	Os vídeos informativos de gerenciamento de diabetes foram entregues para os grupos experimentais: para um grupo, foi enviado vídeos com mensagens positivas, que refletiam ganhos para a saúde; já para o outro grupo, foi enviado vídeo com	Test of Knowledge About Diabetes Self-Care Questionnaire (versão adaptada	Após as intervenções, cada grupo teve um aumento modesto nas pontuações de conhecimento. No entanto, ficou	Quase-experimental	III

			mensagens consideradas negativas e que traziam perdas para a saúde. Esses grupos foram comparados com o grupo do tipo palestra que recebeu a abordagem padrão dos ensinamentos de saúde sobre o autocuidado em diabetes. Os dois vídeos continham animação, narração e texto. O vídeo que continha mensagens que refletiam ganho para a saúde foi composto por 10 resultados positivos da adesão ao autocuidado em diabetes, da mesma forma, o vídeo com as perdas mostrava 10 resultados negativos de não adesão. Por exemplo, uma declaração na versão ganho para a saúde: “Se você mantiver um bom controle de sua glicose no sangue, o ácido em seu sangue será normal, e estar em coma será prevenido”, com uma cena mostrando uma pessoa saudável. Em contrapartida, a versão de perda foi: “Se você não mantiver um bom controle de sua glicose no sangue, o ácido no sangue estará elevado, o que pode levar você a estar em coma”, com uma cena mostrando um paciente em coma. Os participantes assistiram seus vídeos em um projetor de tela cerca de 30 minutos antes do check-up agendado. Os efeitos dos vídeos foram avaliados imediatamente após os participantes assisti-los, usando instrumentos válidos e confiáveis.	do Diabetes Management Self-Efficacy Scale)	evidente que ambos os grupos que assistiram aos vídeos apresentaram melhores resultados em comparação aos que participaram apenas da palestra, no que se refere ao aumento do conhecimento sobre o manejo do diabetes. Ressalta-se que o vídeo que traz os ganhos para a saúde apresentou resultados superiores em comparação ao de perda, no que se refere ao aumento do conhecimento no autocuidado.		
--	--	--	--	---	---	--	--

16	Avaliar o efeito de uma intervenção telefônica para a promoção da prática de autocuidado com os pés, em pessoas com DM2	128 pessoas com DM2 há, pelo menos, dois anos, com idade ≥ 18 anos e com acesso à linha de telefone fixo ou aparelho celular	A intervenção telefônica, nomeada de programa Ligue-pé, teve duração de três meses, sobre orientações de autocuidado com os pés. O objetivo da intervenção foi fornecer orientações, motivar e encorajar os indivíduos a praticar o autocuidado com os pés. A intervenção ocorreu através de contatos telefônicos, que foram realizados a cada 15 dias, por uma enfermeira treinada, de março a maio de 2019. Foram seis contatos telefônicos por paciente, com média de duração de sete minutos, realizados de segunda a sexta, no horário da manhã, das 8 às 12 h, e no período da tarde, das 14 às 17 h. As intervenções telefônicas seguiram um roteiro previamente elaborado, com conteúdos a serem abordados em cada contato. Os conteúdos foram elaborados a partir de informações contidas no Manual do Pé Diabético e no Consenso Internacional do Pé Diabético.	Instrumento, construído pelo pesquisador sobre o autocuidado com os pés	Após a intervenção, houve maior adesão de prática de autocuidado em 70% dos itens avaliados, obtendo-se um valor de $p < 0,001$ a $0,031$. Ressalta-se que a prática de lavar os pés já estava consolidada entre os participantes (100%), portanto, não havia espaços para melhoria no pós-teste. O estudo avaliou o efeito de uma intervenção educativa via telefone, com enfoque em orientações relacionadas ao autocuidado com os pés, obtendo como resultado um efeito positivo da intervenção, pois os usuários que receberam a intervenção telefônica apresentaram maior	Ensaio clínico randomizado	II
----	---	---	---	---	---	----------------------------	----

					adesão à prática de autocuidado com os pés em comparação ao grupo controle.		
17	Compreender a visita domiciliária como estratégia educativa em saúde a para orientar as práticas do autocuidado aos portadores de diabetes mellitus tipo 2.	25 pessoas que não compareceram ao programa educativo de diabetes nas unidades de saúde	A intervenção ocorreu durante a realização das visitas domiciliares. Foi utilizado o Mapa de Conversação. A primeira seção é sobre os sentimentos frente ao diabetes mellitus. A segunda refere-se à sua fisiopatologia, apresentando de forma lúdica, os mecanismos de ação da insulina. A terceira trata das complicações crônicas e agudas da diabetes mellitus não controlada; e a quarta seção apresenta uma ilustração da tríade do autocuidado: alimentação saudável, prática de exercícios físicos e uso correto da medicação. Assim os diferentes temas sobre a importância do autocuidado foram apresentados e as dúvidas foram esclarecidas. Cada visita durou em média quarenta e cinco minutos.	Roteiro semiestruturado para a discussão do Mapa de Conversação, feito com perguntas norteadoras que exploravam os conhecimentos, os sentimentos e hábitos de vida em relação ao diabetes mellitus e ao autocuidado	A visita domiciliária estruturada contempla as necessidades do indivíduo, estimulando a adesão ao tratamento a partir das práticas de autocuidado, trazendo autonomia. Além disso, promove a aproximação do profissional à realidade dos indivíduos. A visita domiciliária é uma importante estratégia para a educação em saúde para orientar as práticas do autocuidado aos portadores de diabetes mellitus tipo 2.	Transversal	VI
18	Avaliar os efeitos de	341 pessoas com idade entre 30 e 70 anos	O programa compreendeu a utilização de estratégias: educação em grupo, visita domiciliar e intervenção telefônica, cuja	Não foi utilizado instrumento	Os resultados do presente estudo sugerem que os efeitos	Ensaio clínico randomizado	II

	um programa educativo em diabetes no controle glicêmico na Atenção Primária à Saúde		finalidade foi inserir os usuários nas estratégias que lhes proporcionassem melhor acesso ao processo de ensino e aprendizagem para o fortalecimento das práticas de autocuidado e o estabelecimento de metas. Essas estratégias ocorreram de forma concomitante em três momentos (ciclos), a cada três meses. A maioria dos usuários que possuía telefone (fixo ou celular) foi acompanhada por meio de ligações telefônicas, realizadas por um profissional da área da Saúde com duração média de 25 minutos para fortalecer as práticas de autocuidado e cumprir as metas. A educação em grupo consistiu em atividades em pequenos grupos, que discutiam sobre os temas: alimentação saudável, prática de atividade física, sentimentos que podem prejudicar adesão às práticas de autocuidado, além do planejamento de metas inseridas no cotidiano do usuário. Os temas foram abordados por meio de dinâmicas lúdicas e interativas, como os mapas de conversação “Compreendendo o Diabetes”, “Alimentação saudável e atividade física” e “Monitoramento da glicose”. Foram realizados três encontros com intervalo de uma semana. Cada encontro tinha duração média de duas horas. Em todos os	específico neste estudo	das estratégias educativas utilizadas, contribuíram para a manutenção do controle glicêmico ao longo do estudo, bem como para a sua redução, quando comparados com os resultados do grupo controle. Um segundo aspecto dos resultados do presente estudo é que, no grupo intervenção, houve uma diminuição dos valores das variáveis referentes ao controle metabólico	por conglomerados	
--	---	--	--	-------------------------	--	-------------------	--

			encontros, estavam presentes dois profissionais, em geral, uma enfermeira e uma nutricionista. A educação em grupo compreendeu nove encontros presenciais, realizados nas respectivas unidades de saúde. A visita domiciliar discutiu as necessidades enfrentadas pelo usuário no dia a dia com relação à sua condição a partir da compreensão do contexto de vida, além de ter abordado as complicações emocionais experimentadas pelo usuário.				
19	Avaliar os efeitos de uma intervenção de intenção de implementação sobre a adesão a um regime de medicação antidiabética oral, angústia relacionada ao diabetes e controle glicêmico em pacientes com DM2	90 pacientes em uso de antidiabéticos orais por pelo menos seis	Os participantes foram solicitados a preencher, com a ajuda do pesquisador principal, um formulário especificando três planos de ação relatando quando, onde e como eles pretendem usar seus antidiabéticos orais nos próximos dois meses. As estratégias para o planejamento de enfrentamento incluídos na intervenção basearam-se no pressuposto de que respostas de enfrentamento autorregulatórias já estavam mentalmente disponíveis aos participantes e que eles tinham experiência no uso de tais respostas. Indivíduos foram encorajados a antecipar obstáculos e barreiras para tomar a medicação e formular estratégias para superá-los. Este estudo durou 15 semanas (105 dias) e contou com dois grupos, intervenção e controle. A intervenção	Instrument for the Global Evaluation of Medication Adherence (IAGAM); Diabetes Distress Scale (B-DDS)	A análise dos dados do grupo intervenção mostrou que a intervenção aumentou a frequência com que a medicação foi tomada ($p = 0,0010$) e melhor adesão global aos antidiabéticos orais (dose + cuidados) ($p < 0,0001$). O grupo intervenção apresentou redução no nível de A1C ($p < 0,0001$), indicando melhor controle glicêmico e uma diminuição no escore	Ensaio clínico randomizado controlado simples-cego	II

			consistiu em quatro reuniões, que ocorreram na linha de base (T0), 15 dias depois (T1), 60 dias depois (T3) e no 105º dia de monitoramento (T5), e dois reforços telefônicos, em T2 (T0 + 30 dias) e T4 (T0 + 75 dias). Ao final do período de monitoramento (T5), os participantes retornaram à unidade de saúde para avaliação de variáveis de desfecho e coleta de sangue para avaliar o nível de hemoglobina glicada.		total da escala de angústia do diabetes ($p < 0,0001$). Em T5, a probabilidade de o grupo intervenção alcançar o comportamento foi 1,24 vezes maior do que a probabilidade do grupo controle atingir o comportamento.		
20	Explorar os mecanismos subjacentes pelos quais contar histórias pode promover autogestão de doenças entre pessoas com diabetes tipo 2	Oito pessoas, ≥ 18 anos	A intervenção envolveu oito sessões (duas horas de duração) ao longo 16 semanas. Na primeira sessão, os participantes desenvolveram normas (por exemplo: respeitar as opiniões e experiências dos outros sem julgamento, uma pessoa falando de cada vez, participação de todos os membros do grupo) e escolher os tópicos de discussão semanais para todas as oito sessões. Os participantes também receberam uma apostila sobre como preparar uma história na primeira sessão. Eles também foram instruídos que cada história deve ter um propósito claro com começo, meio e fim, todos relacionados ao tópico semanal. Participantes foram encorajados descreverem suas emoções, a situação e/ou um desafio e contar sua experiência na descrição, interpretação e	Não foi utilizado instrumento específico neste estudo	Para entender como história narrativa pode afetar o autogerenciamento do diabetes, foram organizadas categorias emergentes por processos grupais que refletem acontecimentos durante a intervenção de contação de histórias, e benefícios abordando o que os participantes sentiram e ganharam com a intervenção. Os processos incluíram quatro subtemas	Quase-experimental	III

			resultado. Os participantes foram convidados a comparecerem com uma história sobre o tema semanal para cada sessão; para isso, receberam um notebook. As duas primeiras sessões começaram com 15 minutos de tempo social e atividades de quebra-gelo para aumentar o conforto dos pacientes. Facilitadores em seguida, apresentaram o tema da sessão e pediram aos participantes que contassem suas histórias. Os participantes tiveram a oportunidade de discutir e responder às histórias dos outros. Depois participaram de atividades como sessões de brainstorming de ‘post-its’ e cenários de caso para refletir sobre pensamentos e sentimentos associados à sessão tema. Recursos educacionais foram discutidos em pequenos grupos para facilitar a aprendizagem colaborativa. Uma enfermeira e uma nutricionista facilitaram as sessões.		principais identificados como troca de conhecimento, aprendizagem colaborativa e reflexão e significado. Os benefícios percebidos incluíram cinco principais temas identificados como de apoio, ambiente de aprendizagem, apoio de pares, empoderamento e engajamento na autogestão.		
21	Avaliar o efeito de um programa de educação em diabetes mellitus em grupo sobre a HbA1c em pacientes com diabetes mellitus	137 pessoas com idade entre 18 e 80 anos, HbA1c > 7%, frequentando a unidade básica de saúde pelo menos uma vez nos 6 meses	O grupo de intervenção recebeu um curso estruturado de educação em autogestão do diabetes. O curso consistiu em encontros semanais de 2 horas durante 5 semanas (duração total: 10 horas; 10 participantes/grupo) e encontros de reforço a cada 4 meses (2 encontros, nos meses 4 e 8) durante um ano. O curso foi ministrado	Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ); impacto psicológico do diabetes mellitus foi avaliado pelo	A HbA1c foi semelhante entre os grupos durante o estudo, mas a intervenção evitou uma elevação na HbA1c durante um acompanhamento de	Estudo randomizado de um único centro, de grupos paralelos	II

	tipo 2 não controlados		por uma enfermeira generalista treinada em educação em diabetes. O conteúdo do curso incluiu (1) identificação de fatores de risco modificáveis para diabetes mellitus tipo 2, (2) tratamento não farmacológico, enfatizando dieta e exercícios, (3) terapia farmacológica, incluindo mecanismo de ação e efeitos colaterais dos medicamentos hipoglicemiantes fornecidos pelo sistema público de saúde brasileiro (metformina, gliburida e NPH e insulina regular), (4) uma visão geral das complicações crônicas do diabetes e (5) cuidados com os pés.	questionário de 20 itens Áreas de Problemas em Diabetes (PAID)11	12 meses após o ajuste da HbA1c inicial e da dose de insulina no final do estudo. O outro benefício observado foi a melhora do sofrimento associado ao diabetes mellitus. clínico e aos hábitos saudáveis.		
22	Determinar se uma intervenção educacional é eficaz na redução da HbA1c em pessoas que vivem com diabetes tipo 2 não controlada em comparação aos cuidados habituais.	118 pessoas, >18 anos, com hemoglobina glicada alterada	A intervenção em grupo com duração de um dia cobriu os tópicos da fisiopatologia básica do diabetes, compreensão do diabetes e da glicose, compreensão dos fatores de risco e complicações associadas ao diabetes, grupos de alimentos, tamanho das porções, autogestão do diabetes por meio de dieta, exercícios, medicação e controle do estresse, monitoramento do diabetes, incluindo conscientização sobre hipo e hiperglicemia, e quando procurar ajuda. Subjacente ao conteúdo estavam os temas de aumentar a compreensão, como assumir o controle e planejar o futuro. As mudanças pretendidas relacionavam-se ao aumento da compreensão do diabetes, satisfação com o manejo do diabetes,	Questionário de Diabetes de Aceitação e Ação (AADQ); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); do Diabetes Care Profile; O Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ); summary of diabetes self-care activities	Neste estudo, o nível de HbA1c foi reduzido em ambos os grupos de intervenção e esta mudança foi estatisticamente significativa aos 6 meses pós-intervenção. Não foram encontrados efeitos nos desfechos secundários. Os resultados deste estudo indicam que uma intervenção em grupo liderada por enfermeiros de 1 dia	Estudo controlado randomizado	II

			aumento das atividades de autogestão e manutenção ou melhora da saúde mental, medida por meio da ansiedade e da depressão.		pode ter um impacto no controle do diabetes até 6 meses após a intervenção.		
--	--	--	--	--	---	--	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nas intervenções e/ou estratégias educativas realizadas (Quadro 6), foi possível identificar 11 temas frequentemente abordados pelos pesquisadores, com destaque para a alimentação saudável, prática de atividade física, fisiopatologia do DM, prevenção de complicações e estratégias de enfrentamento da doença (Tabela 4):

Tabela 4 – Distribuição dos temas abordados nas intervenções/estratégias educativas identificados nos estudos analisados na revisão de escopo. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

Temas abordados nas intervenções/estratégias educativas	Número de estudos em que foi abordado
Alimentação saudável	19
Prática de atividade física	17
Fisiopatologia do Diabetes Mellitus	14
Prevenção de complicações agudas e crônicas	13
Estratégias de enfrentamento da doença	11
Adesão à medicação	8
Cuidados com os pés	8
Monitoramento da glicemia	7
Fatores de risco modificáveis	6
Planejamento de metas pela pessoa com DM	5
Sentimentos que influenciam a adesão ao autocuidado	5

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Quanto ao referencial teórico utilizado para desenvolver as intervenções educacionais, constatou-se que oito estudos se basearam nos seguintes referenciais: metodologia pedagógica problematizadora; teoria sociocognitiva; terapia de aceitação e compromisso; princípios e habilidades de entrevista motivacional; teoria da aprendizagem social; modelo de crenças em saúde; teoria da autoeficácia; protocolo de mudança de comportamento (Quadro 6).

Para melhor compreensão das intervenções e estratégias educacionais que foram aplicadas nos estudos, foi elaborado um resumo de acordo com o formato utilizado para realizá-las: grupo, grupo e individual, e individual (Quadro 7).

Quadro 7 – Distribuição das intervenções e estratégias educativas de acordo com o formato utilizado: grupo, grupo e individual, individual. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

FORMATO	INTERVENÇÕES E ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS
GRUPO	Discutir temas utilizando mapas de conversação
	Realizar programa de exercício físico em instalações desportivas públicas
	Discutir os riscos e metas apontados pelas pessoas com DM2
	Promover rodas de conversa, utilizando folder ilustrativo e cartazes com ilustrações
	Realizar contação de histórias contendo a descrição de emoções, situação e/ou desafios enfrentados e a experiência de vivenciá-los.
	Divulgar vídeo contendo histórias de adultos com DM2. Após a visualização das histórias, foi realizada uma discussão facilitada sobre o que foi visto.
	Elaborar planos de ação relatando quando, onde e como usar os antidiabéticos orais nos próximos dois meses, com previsão do possíveis obstáculos e barreiras para tomar a medicação, e estratégias para superá-los.
	Utilizar estratégias lúdicas como jogos, encenação teatral, dinâmicas de sensibilização, problematização, fundamentação teórica + realizar reflexão teórico-prática baseada na metodologia pedagógica problematizadora + realizar elaboração coletiva das respostas, síntese do que foi vivenciado e avaliar
	Fornecer vídeos informativos de gerenciamento de diabetes com animação, narração e texto; contendo resultados positivos em consequência da adesão ao autocuidado e, resultados negativos quando não há adesão. Os efeitos dos vídeos foram avaliados imediatamente após os participantes assisti-los, usando instrumentos válidos e confiáveis.
GRUPO + INDIVIDUAL	Realizar a socialização entre as pessoas com DM e discutir temas relacionados ao DM + realizar consulta individual
	Utilizar álbum seriado + demonstrar a prática de cuidados com os pés + Pessoas com DM realizarem a prática de cuidados com os pés + realizar acompanhamento telefônico
	Discutir em grupo + acompanhamento telefônico + enviar de cartões postais motivacionais
	Discutir temas por meio de dinâmicas interativas e lúdicas com utilização de cartilhas e jogos educativos baseados nos conhecimentos teóricos e práticos + realizar acompanhamento telefônico
	Realizar dinâmicas e utilizar materiais educativos + elaborar metas para modificação do comportamento + criar plano de cuidados baseado no contexto socioeconômico e no cotidiano + promover

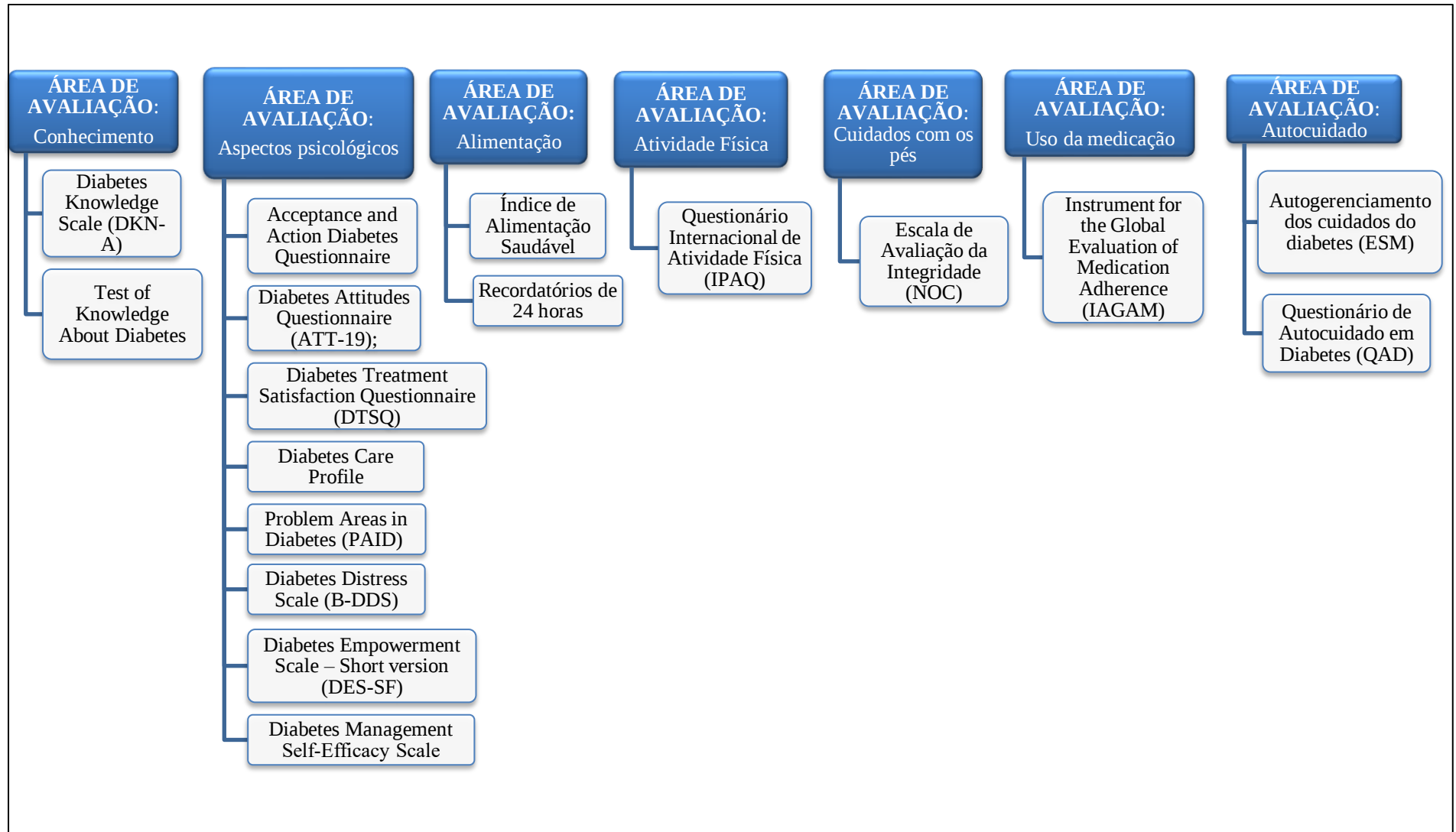
	momento de reflexão na comparação dos resultados dos exames antes e após intervenção + realizar acompanhamento telefônico
INDIVIDUAL	Realizar consulta por telefone
	Realizar consulta presencial + realizar acompanhamento por telefone
	Realizar consulta com a presença obrigatória de um familiar/cuidador
	Realizar visitas domiciliares com utilização de Mapa de Conversação

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Destaca-se ainda que a maioria dos estudos incluídos nesta revisão é do tipo ensaio clínico, 11 (50%); seguidos de estudos quase-experimentais, 7 (31,8%), o que eleva o nível de evidência dos achados (Quadro 5).

Em relação aos instrumentos utilizados nos estudos para verificar a eficácia das intervenções e estratégias educacionais realizadas, foi possível verificar a prevalência e variedade de instrumentos direcionados, principalmente, para a avaliação dos aspectos psicológicos. Também foram aplicados instrumentos validados para avaliar as seguintes áreas: conhecimento, alimentação, atividade física, cuidados com os pés, uso da medicação e autocuidado. Para esta última, destaca-se a utilização do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), versão traduzida para o português do Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) que avalia a adesão à alimentação, uso da medicação, prática de atividade física, cuidados com os pés e tabagismo (Figura X).

Figura 5 – Distribuição com os instrumentos utilizados, de acordo com a área de avaliação. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022

5.3 Mapeamento cruzado

Para realizar o mapeamento cruzado, as atividades da NIC foram comparadas às atividades encontradas na literatura e na pesquisa de campo. Ressalta-se que foi considerado, principalmente, o conceito-chave e as semelhanças do conteúdo na comparação. Assim, foram mapeadas 22 intervenções e 65 atividades de Enfermagem (Quadro 8).

Foi possível verificar que as intervenções mapeadas são direcionadas, principalmente, aos sentimentos, percepções e aspectos necessários para aprendizagem da pessoa com DM, com foco na mudança dos hábitos de vida para adesão ao tratamento.

Para todas as intervenções de Enfermagem, constata-se que as atividades requisitam a parceria da pessoa com DM e do profissional de saúde no estabelecimento de metas e do alcance dos objetivos traçados, metodologias voltadas para o diálogo, troca de conhecimento, escuta qualificada e consideração do contexto socioeconômico em que a pessoa acometida está inserida.

O que demonstra que metodologias que abordam a transmissão do conhecimento de forma unilateral, sem considerar todos os aspectos biopsicossociais e culturais em que a pessoa com DM está inserida não são recomendados, pois não mostram resultados efetivos na aprendizagem e, assim, na adesão ao autocuidado.

Outro ponto importante a destacar é a utilização de instrumentos validados para verificar a eficácia das intervenções realizadas, o que eleva a confiança dos achados pois estão ancorados em ferramentas que passaram por um processo de construção metodológica rigorosa. Além disso, são instrumentos de fácil aplicação e mensuração, podendo ser utilizados no cenário deste estudo.

Ressalta-se que a maioria das atividades da NIC foram mapeadas com as atividades da revisão de literatura; apenas 5 (7,69%) foram comparadas às atividades desenvolvidas pelas enfermeiras na pesquisa de campo: selecionar métodos e estratégias apropriados de ensino, usar estratégias para melhorar a compreensão, orientar a família quanto aos planos de cuidados médicos e de enfermagem, incluir familiares com o paciente na tomada de decisão sobre os cuidados e fornecer conhecimentos especializados para aqueles que procuram ajuda. No entanto, essas estratégias se resume a rodas de conversas, grupos educativos, visita domiciliar e consulta de Enfermagem.

Quadro 8 – Distribuição das Intervenções de Enfermagem da NIC, de acordo com o mapeamento cruzado das atividades de Enfermagem da NIC com as atividades da Revisão de Literatura e Pesquisa de Campo. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

Título da Intervenção da NIC	Atividade NIC	Atividade (Revisão de Literatura)	Atividade (Pesquisa de Campo)
Acompanhamento por telefone (8190)	Fornecer informações sobre regime de tratamento e responsabilidades de autocuidado	- Realizar contato telefônico para acompanhar os idosos participantes, no intuito de sanar dúvidas e fornecer orientações sobre o tratamento e o cuidado acerca do conteúdo abordado na intervenção.	Não houve
Aconselhamento (5240)	-Encorajar a expressão de sentimentos - Auxiliar o paciente a identificar o problema ou a situação que esteja causando angústia - Auxiliar o paciente a fazer uma lista e priorizar todas as possíveis alternativas para um problema	- Realizar atividade em grupo utilizando a Terapia de Aceitação e Compromisso para abordar temas como pensamentos e sentimentos difíceis sobre diabetes, exploração de valores pessoais relacionados ao diabetes e foco na capacidade de agir ao entrar em contato com experiências difíceis.	Não houve

Aconselhamento nutricional (5246)	- Determinar os hábitos de consumo alimentar e de alimentação do paciente -Estabelecer metas realistas em curto e longo prazos para a mudança do estado nutricional -Discutir o conhecimento do paciente sobre os quatro grupos alimentares básicos, bem como suas percepções da necessidade de modificação da dieta -Auxiliar o paciente a relatar sentimentos e preocupações sobre o cumprimento das metas	-Utilizar instrumento validado - Abordar o tema de como assumir o controle e planejar o futuro. - Discutir sobre a compreensão dos grupos de alimentos, tamanho das porções, autogestão do diabetes por meio de dieta -Realizar abordagem sobre os sentimentos que podem prejudicar adesão às práticas de autocuidado, além do planejamento de metas inseridas no cotidiano do usuário. Os temas foram abordados por meio de dinâmicas lúdicas e interativas, como os mapas de conversação. - Realizar visita domiciliar para identificar as necessidades enfrentadas pelo usuário no dia a dia com relação à sua condição a partir da compreensão do contexto de vida, além de abordar as complicações emocionais experimentadas pelo usuário	Não houve
---	---	--	-------------------------

Apoio à família (7140)	- Orientar a família quanto aos planos de cuidados médicos e de enfermagem - Incluir os familiares com o paciente na tomada de decisão sobre os cuidados, quando apropriado	- Realizar consulta com a presença de um familiar/cuidador	<i>(...)para educar o paciente para o autocuidado, temos que começar pelas pessoas que o cercam (...). Então uma das primeiras prioridades que podemos citar, dentro da educação do paciente com diabetes, é orientar a família a respeito da patologia (E2)</i>
Assistência na automodificação (4470)	- Auxiliar o paciente na identificação de uma meta específica para mudar	- Auxiliar os pacientes a projetar planos de ação para atingir as metas escolhidas por eles	

	- Auxiliar o paciente a identificar comportamentos-alvo que precisam mudar para alcançar a meta desejada - Explorar com o paciente as potenciais barreiras à mudança de comportamento - Auxiliar o paciente a avaliar o progresso, por meio da comparação dos registros antigos de comportamento ao comportamento atual	- Explorar valores pessoais relacionados ao diabetes e foco na capacidade de agir ao entrar em contato com experiências difíceis - Realizar discussão baseada no Protocolo de Mudança de Comportamento sobre os problemas relacionados com diabetes, alimentação, prática de atividade física, possíveis complicações e principais dificuldades relacionadas ao cuidado com a saúde. - Entregar os exames e discutir os resultados de cada usuário, propiciando uma reflexão e avaliação comparativa entre o exame realizado no início dos ciclos e o resultado do exame final, após a participação nos grupos.	Não houve
--	---	---	-----------

Consulta por telefone (8.180)	- Fornecer informações sobre o regime de tratamento e as responsabilidades de autocuidado resultantes, conforme necessário, de acordo com o escopo de práticas e diretrizes estabelecidas Estabelecer o nível de conhecimento da pessoa e a fonte desse conhecimento	- Fornecer orientações, motivar e encorajar os indivíduos a praticar o autocuidado com os pés. - Sanar dúvidas e fornecer orientações sobre o tratamento e o autocuidado. - Aplicar o instrumento validado para avaliação	Não houve
---	---	---	------------------

Ensino: Dieta Prescrita (5614)	Avaliar nível atual de conhecimento do paciente sobre a dieta prescrita Auxiliar o paciente a acomodar as preferências alimentares na dieta prescrita	- Aplicar instrumento validado para avaliação - Abordar o tema sobre escolhas de alimentos saudáveis dentro dos grupos alimentares - Discutir sobre a compreensão dos grupos de alimentos, tamanho das porções, autogestão do diabetes por meio de dieta - Realizar visita domiciliar para identificar as necessidades enfrentadas pelo usuário no dia a dia com relação à sua condição a partir da compreensão do contexto de vida, além de abordar as complicações emocionais experimentadas pelo usuário	Não houve
--	---	--	-------------------------

Ensino: exercício prescrito (5612)	Avaliar o nível atual de exercício do paciente e o conhecimento sobre o exercício prescrito Informar o paciente sobre a finalidade e os benefícios do exercício prescrito Fornecer informações sobre os recursos comunitários disponíveis e grupos de apoio para aumentar a adesão do paciente ao exercício	- Aplicar instrumento validado para avaliação - Realizar atividades em pequenos grupos, que discutiam sobre os temas: alimentação saudável, prática de atividade física, sentimentos que podem prejudicar adesão às práticas de autocuidado, além do planejamento de metas inseridas no cotidiano do usuário. - Realizar programa de exercício físico em instalações desportivas públicas	
--	--	---	--

Ensino: Habilidades psicomotoras (5620)	Determinar as necessidades de aprendizagem do paciente Demonstrar a habilidade para o paciente Fornecer informações ou diagramas por escrito Observar o paciente demonstrar a habilidade	- Aplicar instrumento validado para avaliação - Encorajar os cuidados com os pés, a partir de uma experiência vivencial prática. - Utilizar folder ilustrativo e didático na orientação escrita, desenvolvido por autores do estudo. - Ao final da intervenção, foi desenvolvida uma cartilha educativa com os assuntos abordados durante o processo. - Fornecer material para o paciente (sabonete, toalha, hidratante, tesoura) e observar como realiza os cuidados com os pés	Não houve
---	--	--	-------------------------

Ensino: Indivíduo (5606)	Avaliar o nível atual de conhecimento e compreensão de conteúdo do paciente -Selecionar métodos e estratégias apropriados de ensino	- Aplicar instrumento validado para avaliação -Utilizar estratégias lúdicas como jogos, encenação teatral, dinâmicas de sensibilização, problematização, fundamentação teórica nos grupos de educação. - Realizar reflexão teórico-prática baseada na metodologia pedagógica problematizadora, por meio de rodas de conversa e discussão. -Realizar elaboração coletiva das respostas, síntese do que foi vivenciado - Fornecer vídeos informativos de gerenciamento de diabetes com animação, narração e texto - Divulgar vídeo contendo histórias de adultos com DM2. Após a visualização das histórias, realizar discussão facilitada sobre o que foi visto. - Realizar contação de histórias contendo a descrição de emoções, situação e/ou desafios enfrentados e a experiência de vivenciá-los.	<i>-(...) e facilmente a gente faz a sala de espera, a gente faz com os grupos, nas consultas, atividades na comunidade (E5)</i> <i>-(...) nessas rodas de conversa que a gente proporciona (E7)</i>
--	---	---	---

		-Promover rodas de conversa, utilizando folder ilustrativo e cartazes com ilustrações - Utilizar álbum seriado -Moldes, álbum seriado, projeção de imagens e desenhos lúdicos -Enviar cartões postais motivacionais -Discutir temas por meio de dinâmicas interativas e lúdicas com utilização de cartilhas e jogos educativos - Cartilha educativa com os assuntos abordados durante o processo. - Discutir temas utilizando mapas de conversação durante as visitas domiciliares. - Utilização de estratégias: educação em grupo, visita domiciliar e intervenção telefônica, cuja finalidade foi inserir os usuários nas estratégias que lhes proporcionassem melhor acesso ao processo de ensino e aprendizagem para o fortalecimento das práticas de autocuidado e o estabelecimento de metas.	<i>A gente faz esse trabalho durante a visita e também durante as consultas que são realizadas na unidade (E6)</i>
--	--	--	---

Ensino: medicamentos prescritos (5640)	Orientar o paciente sobre a finalidade e ação de cada medicamento Orientar o paciente sobre os possíveis efeitos colaterais de cada medicação	- Abordar a compreensão e adesão à medicação - Abordar sobre terapia farmacológica, incluindo mecanismo de ação e efeitos colaterais dos medicamentos hipoglicemiantes fornecidos pelo sistema público de saúde brasileiro	Não houve
Ensino: processo da doença (5602)	Avaliar o nível atual de conhecimento do paciente relacionado ao DM Explicar a fisiopatologia da doença, e como ela se relaciona com a anatomia e fisiologia Descrever os sinais e sintomas comuns da doença	- Aplicar instrumento validado para avaliação. - Abordar os tópicos da fisiopatologia básica do diabetes, compreensão do diabetes e da glicose, compreensão dos fatores de risco e complicações associadas ao diabetes - Abordar a temática por meio de dinâmicas lúdicas e interativas, como os mapas de conversação “Compreendendo o Diabetes”; fisiopatologia, apresentando de forma lúdica os mecanismos de ação da insulina.	Não houve

	Discutir mudanças no estilo de vida que podem ser necessárias para evitar futuras complicações e/ou controlar o processo da doença	- Utilizar mapas de conversação sobre “aprendendo sobre diabetes que abordaram as seguintes questões: "Viver com diabetes", que constitui uma revisão de diabetes e inclui uma descrição do que é a doença, bem como alguns dos mitos mais difundidos sobre o diabetes; “Como funciona o diabetes”: oportuniza a discussão a fisiopatologia do diabetes; "Alimentação saudável e exercício físico" que concentra-se nas mudanças que os pacientes devem fazer no seu estilo de vida a fim de obter uma melhor qualidade de vida e evitar ou abrandar complicações potenciais	
Esclarecimento de valores (5480)	Fornecer questões reflexivas e esclarecedoras que deem ao paciente algo para pensar	- Divulgar vídeo, com duração de 12 minutos, contendo quatro histórias de adultos com DM2. Após a visualização das histórias, realizada uma discussão facilitada para reflexão do que foi visto e o impacto sobre a realidade de cada um. A teoria sociocognitiva formou o arcabouço teórico para a discussão - Contar sua história e discutir e responder às histórias dos outros. Depois participar de atividades para refletir sobre pensamentos e sentimentos associados à sessão tema.	Não houve

	Desenvolver e implementar um plano com o paciente e tentar opções	- Encorajar Indivíduos a antecipar obstáculos e barreiras para tomar a medicação e formular estratégias para superá-los. - Abordar temas de alimentação saudável, prática de atividade física e sentimentos que influenciam a adesão às práticas de autocuidado, além do planejamento de metas pela pessoa com diabetes.	
Estabelecimento de metas mútuas (4410)	Auxiliar o paciente a desenvolver um plano para cumprir as metas	-Aumentar a compreensão, como assumir o controle e planejar o futuro. - Utilizar técnicas de estabelecimento de metas e entrevista motivacional - Incentivar a elaboração de metas que consideradas importantes para a modificação do seu comportamento e a criação de um plano de cuidados atrelado ao seu cotidiano, na tentativa de melhorar o autocuidado -Utilizar a visita domiciliar para discutir as necessidades enfrentadas pelo usuário no dia a dia com relação à sua condição a partir da compreensão do contexto de vida, além de ter abordado as complicações emocionais experimentadas pelo usuário	Não houve

Melhora do letramento em saúde (5515)	- Criar um ambiente de cuidados com a saúde em que um paciente de baixo nível educacional possa procurar ajuda sem se sentir envergonhado ou estigmatizado Comunicar-se considerando adequar-se à cultura, à idade e ao gênero Determinar o status educacional em saúde ao início do contato com o paciente por meio de avaliação formal e/ou informal	- Realizar a socialização entre as pessoas com DM e discutir temas relacionados ao DM baseados na metodologia pedagógica problematizadora - Desenvolver normas para os participantes: respeitar as opiniões e experiências dos outros sem julgamento, uma pessoa falando de cada vez, participação de todos os membros do grupo - Realizar adaptação cultural, incluindo educadores da mesma cultura dos participantes pretendidos, fornecendo recomendações de estilo de vida culturalmente relevantes, completando avaliações de necessidades da comunidade, apresentando líderes locais que discutiram suas experiências pessoais com diabetes, abordando crenças culturais sobre diabetes. -Aplicar instrumento validado para avaliação.	
---	--	---	--

	Determinar o estilo de aprendizado do paciente Determinar o que o paciente já sabe a respeito de sua condição de saúde ou riscos, e relacionar novas informações ao que já é conhecido Fornecer educação e aconselhamento individual, sempre que possível	- Utilizar estratégias: educação em grupo, visita domiciliar e intervenção telefônica, para inserir os usuários nas estratégias que lhes proporcionem melhor acesso ao processo de ensino e aprendizagem para o fortalecimento das práticas de autocuidado e o estabelecimento de metas. - Realizar contação de histórias contendo a descrição de emoções, situação e/ou desafios enfrentados e a experiência de vivenciá-los. - Aplicar questionário validado para avaliar conhecimento, aspectos psicossociais e adesão ao autocuidado - Realizar contato telefônico pelo menos duas vezes por mês e dois ou mais contatos pessoais ao longo de seis meses para auxiliar a projetar planos de ação para atingir as metas escolhidas pelos pacientes. - Realizar sessões presenciais com duração de 30 minutos, por meio de educação estruturada e individualizada. Com utilização de técnicas de estabelecimento de metas e entrevista motivacional.	
--	--	--	--

	Usar estratégias para melhorar a compreensão	- Entregar cartilha educativa construída com os temas discutidos na intervenção educativa - Enviar cartões postais motivacionais - Utilizar cartilhas e jogos educativos baseados nos conhecimentos teóricos e práticos - Divulgar vídeo contendo histórias de adultos com DM2. Após a visualização das histórias, realizar uma discussão facilitada sobre o que foi visto. - Utilizar estratégias lúdicas como jogos, encenação teatral, dinâmicas de sensibilização, problematização baseada na metodologia pedagógica problematizadora; realizar elaboração coletiva das respostas, síntese do que foi vivenciado - Fornecer vídeos informativos de gerenciamento de diabetes com animação, narração e texto; contendo resultados positivos em consequência da adesão ao autocuidado e, resultados negativos quando não há adesão. - Discutir temas utilizando mapas de conversação - Promover rodas de conversa, utilizando folder ilustrativo e cartazes com ilustrações	<i>-(...) nessas rodas de conversa que a gente proporciona (E7)</i>
--	---	--	--

	Avaliar a compreensão do paciente fazendo-o repetir em suas próprias palavras ou demonstrar a habilidade	- Elaborar uma história que tenha um propósito claro com começo, meio e fim, todos relacionados ao tópico semanal discutido na intervenção educativa. Participantes foram encorajados a descreverem suas emoções, a situação e/ou um desafio e contar sua experiência na descrição, interpretação e resultado. Os participantes contam sua história para todos do grupo, que tem a oportunidade de discutir e responder às histórias dos outros. Depois participam de atividades para refletir sobre pensamentos e sentimentos associados à sessão tema contados nas histórias. - Fornecer material para o paciente (sabonete, toalha, hidratante, tesoura) e observar como realiza os cuidados com os pés.	
--	---	--	--

Assistência para parar de fumar (4490)	Registrar a condição atual de fumante e história de tabagismo	- Aplicar instrumento validado para avaliação.	Não houve
Ensino: cuidados com os pés (5603)	Determinar as práticas atuais de cuidados com os pés Fornecer as diretrizes, por escrito, de cuidados com os pés Auxiliar no desenvolvimento de um plano diário para cuidados e avaliação dos pés em casa	- Aplicar instrumento validado para avaliação. - Elaborar folder ilustrativo e didático na orientação escrita. Nas sessões do grupo operativo com a metodologia expositiva dialogada, os voluntários receberam as informações incluídas no material educativo impresso, demonstrações visuais, moldes, álbum seriado, projeção de imagens e desenhos lúdicos - O conteúdo de cada sessão foi guiado pelo risco dos pacientes e pelas metas selecionadas por eles nos cuidados com os pés.	Não houve

	Recomendar inspeção diária do pé sobre todas as superfícies e entre os dedos dos pés à procura de vermelhidão, inchaço, calor, ressecamento, maceração, sensibilidade ou áreas expostas Recomendar a lavagem diária dos pés com água e sabão neutro Recomendar a secagem completa dos pés após a lavagem , especialmente entre os dedos Orientar a hidratação diária da pele Orientar sobre a técnica adequada de corte da unha: corte relativamente rente , ao longo do contorno do dedo e lixamento de bordas afiadas)	- Fornecer orientações, motivar e encorajar os indivíduos a praticar o autocuidado com os pés - Realizar dinâmicas interativas e lúdicas fundamentadas em cartilhas e jogos educativos baseados nos conhecimentos teóricos e práticos sobre os cuidados com os pés - Encorajar os cuidados com os pés, a partir de uma experiência vivencial prática. Utilizou-se um kit educativo para demonstrar e reforçar o conhecimento sobre o cuidado com os pés, composto de: tesoura, toalha, hidratante, manequim de perna e de pé.	
	Utilizar os recursos da comunidade, conforme apropriado	- Realizar programa de exercício físico em instalações desportivas públicas	

Ensino: grupo (5604)	Listar possíveis estratégias de ensino, materiais educacionais, atividades de aprendizagem	- Elaborar roteiros conforme os temas estabelecidos e baseados no Protocolo de Mudança de Comportamento. - Intervenção baseada na metodologia pedagógica problematizadora, realizada em grupo uma vez por mês, durante seis meses. Foram utilizadas estratégias lúdicas como jogos, encenação teatral, dinâmicas de sensibilização, problematização, fundamentação teórica, reflexão teórico-prática, elaboração coletiva das respostas, síntese do que foi vivenciado e avaliação. Ao final da intervenção, foi desenvolvida uma cartilha educativa com os assuntos abordados - Intervenção em grupo por meio de um workshop de quatro horas, baseado em um manual de Terapia de Aceitação e Compromisso com temas sobre os cuidados com DM, além de treinamento de atenção e aceitação em relação a pensamentos e sentimentos difíceis sobre diabetes, exploração de valores pessoais relacionados ao diabetes e foco na capacidade de agir ao entrar em contato com experiências difíceis. - Intervenção em grupo de 60 minutos focadas em entender o diabetes, viver um estilo de vida saudável, entender a medicação e evitar complicações. O estilo de comunicação dos	Não houve
------------------------------------	---	---	-------------------------

	Controlar o tamanho e as competências do grupo Fornecer orientação individual adicional	promotores de saúde foi baseado em princípios e habilidades de entrevista motivacional. - Intervenção em grupo, com média de 10 pessoas, utilizando os de mapas conversacionais ou teorias psicológicas de aprendizagem. -Intervenção em grupo, seguida de individual: duração de doze sessões de duas horas (uma por mês): 10–15 minutos para socialização, 30-45 minutos para discussão de um tema relacionado à saúde, como cuidados com os pés ou estratégias de alimentação saudável; e 60 minutos para consultas individuais com o médico. -A cada encontro um tema era discutido, por meio de dinâmicas interativas e lúdicas que eram fundamentadas em cartilhas e jogos educativos baseados nos conhecimentos teóricos e práticos. Nos intervalos dos encontros, eram realizadas ligações telefônicas, para orientação sobre manejo da dieta e atividade física -Intervenção em grupo e telefônica com duração de 12 meses. Cada ciclo era composto de dois a três encontros com intervalo de uma semana	
--	---	--	--

	Avaliar o grau em que as metas do programa foram alcançadas	- Para o desenvolvimento dos grupos, foram elaborados roteiros conforme os temas estabelecidos e baseados no Protocolo de Mudança de Comportamento. + intervenção telefônica -Intervenção individual e em grupo por meio de estratégias como visita ou intervenção por telefone -Aplicar instrumentos validados para avaliação	
--	--	---	--

Consulta (7910)	Fornecer conhecimentos especializados para aqueles que procuram ajuda	- Realizar consulta e utilizar técnicas de estabelecimento de metas e entrevista motivacional. - Consulta presencial de 15 minutos com a enfermeira para apresentar o Manual de Diabetes de 12 semanas - Abordar habilidades de gerenciamento; apoio social e emocional; auxílio na mudança do estilo de vida e na compreensão e adesão à medicação; explicação sobre os serviços ofertados pela unidade e os recursos da comunidade. Os pacientes eram auxiliados a projetar planos de ação para atingir as metas escolhidas por eles.	<i>A gente faz esse trabalho durante a visita e também durante as consultas que são realizadas na unidade (E6)</i>
Controle da hiperglicemia (2120)	Orientar o paciente e pessoas significativas sobre prevenção, reconhecimento e controle da hiperglicemia	- Abordar conteúdo a partir do risco dos pacientes e pelas metas selecionadas por eles nos seguintes tópicos: introdução ao diabetes; alimentação saudável; sendo ativo; uso de medicação; monitoramento de glicemia - Incluir os temas nas abordagens: fisiopatologia do diabetes, sinais e sintomas, fatores de risco, complicações agudas e crônicas, automonitorização da glicemia - Utilizar técnicas de estabelecimento de metas e entrevista motivacional. Os conteúdos propostos abordaram: conhecimento básico de diabetes, alimentação saudável, atividade física,	Não houve

		automonitoramento da glicemia, medicação, redução de risco, resolução de problemas e enfrentamento eficaz. - Abordar tópicos da fisiopatologia básica do diabetes, compreensão do diabetes e da glicose, compreensão dos fatores de risco e complicações associadas ao diabetes, grupos de alimentos, tamanho das porções, autogestão do diabetes por meio de dieta, exercícios, medicação e controle do estresse, monitoramento do diabetes, incluindo conscientização sobre hipo e hiperglicemia, e quando procurar ajuda.	
Controle da hipoglicemia (2130)	Orientar o paciente e pessoas significativas sobre sinais e sintomas, fatores de risco e tratamento para a hipoglicemia Orientar a respeito da instrução sobre dieta, insulina/agente oral e exercícios Incentivar a automonitoração dos níveis de glicose no sangue	- Abordar conteúdo a partir do risco dos pacientes e pelas metas selecionadas por eles nos seguintes tópicos: introdução ao diabetes; alimentação saudável; sendo ativo; uso de medicação; monitoramento de glicemia - Incluir os temas nas abordagens: fisiopatologia do diabetes, sinais e sintomas, fatores de risco, complicações agudas e crônicas, automonitorização da glicemia - Utilizar técnicas de estabelecimento de metas e entrevista motivacional. Os conteúdos propostos abordaram: conhecimento básico de diabetes, alimentação saudável, atividade física, automonitoramento da glicemia, medicação,	Não houve

		redução de risco, resolução de problemas e enfrentamento eficaz. - Abordar tópicos da fisiopatologia básica do diabetes, compreensão do diabetes e da glicose, compreensão dos fatores de risco e complicações associadas ao diabetes, grupos de alimentos, tamanho das porções, autogestão do diabetes por meio de dieta, exercícios, medicação e controle do estresse, monitoramento do diabetes, incluindo conscientização sobre hipo e hiperglicemia, e quando procurar ajuda.	
--	--	--	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

5.4 Construção do Protocolo

Para a construção do Protocolo de Educação para o Autocuidado de Pessoas com DM2, foram considerados os achados da pesquisa de campo, da revisão de literatura e do mapeamento das intervenções da NIC.

Baseado nestas premissas e do referencial teórico do Sistema de Apoio-educação proposto por Orem, além de considerar o cenário da Atenção Primária à Saúde, foi construído o fluxograma (Figura 6) para explicar como pode ser utilizado o protocolo proposto.

Considerou-se para início das ações, a Consulta de Enfermagem, pois, como relatado pelos profissionais de Enfermagem entrevistados neste estudo e considerando a dinâmica de trabalho neste nível de atenção à saúde, este é o momento considerado de maior interação entre a pessoa com DM2 e o enfermeiro, o que propicia a realização da avaliação de Enfermagem.

Para avaliação de Enfermagem, foram considerados as etapas que contemplam o processo de Enfermagem: anamnese e exame físico (histórico de Enfermagem), a análise de resultados de exames laboratoriais, caso estejam disponíveis, e aplicação de instrumentos validados para avaliar o conhecimento, utilizando o Questionário de Conhecimento em Diabetes (*Diabetes Knowledge Questionnaire* - DKN-A); avaliar a autoeficácia através da Diabetes Empowerment Scale-Short Form (DES-SF); e avaliação da adesão ao autocuidado verificada através do questionário de atividades de autocuidado em diabetes – QAD.

Ressalta-se que os resultados da aplicação dos citados instrumentos podem ser utilizados como indicadores de resultado do protocolo em questão, podendo ser aplicado na primeira abordagem, após a realização das intervenções educacionais e nas consultas de retorno.

Embora a American Diabetes Association recomende a avaliação da necessidade de ações educacionais em quatro momentos essenciais: no momento do diagnóstico, anualmente, quando surgirem fatores que interfiram no autocuidado ou quando ocorrerem transições nos cuidados; para este protocolo, considerando a realidade do contexto brasileiro, que se diferencia do americano, em termos de aspectos socioeconômicos e de acesso à saúde, recomenda-se, no lugar de anualmente, a avaliação da pessoa com DM2, no mínimo, seis meses após a última avaliação. No entanto, é importante destacar a característica dinâmica da aplicação da avaliação e das intervenções, que podem acontecer de acordo com a demanda das pessoas com DM2, visto que o cuidado individualizado tem essa característica.

Após avaliação de Enfermagem e aplicação dos instrumentos, a identificação do diagnóstico de Enfermagem “Controle ineficaz da saúde” poderá ser obtida de forma subjetiva

pelo julgamento clínico do Enfermeiro com as informações obtidas no Histórico de Enfermagem, como também de forma quantitativa, com auxílio dos instrumentos aplicados ao apresentarem os seguintes escores de resultado:

Questionário de Conhecimento em Diabetes: < 8 pontos

Diabetes Empowerment Scale-Short Form: < 3,0 pontos

Questionário de atividades de autocuidado em diabetes: < 5 dias

Com a identificação do diagnóstico, as intervenções de Enfermagem que passaram pelo mapeamento cruzado foram agrupadas de acordo com a semelhança das atividades, para melhor compreensão. Assim, surgiram três grupos principais de intervenções, com suas respectivas atividades:

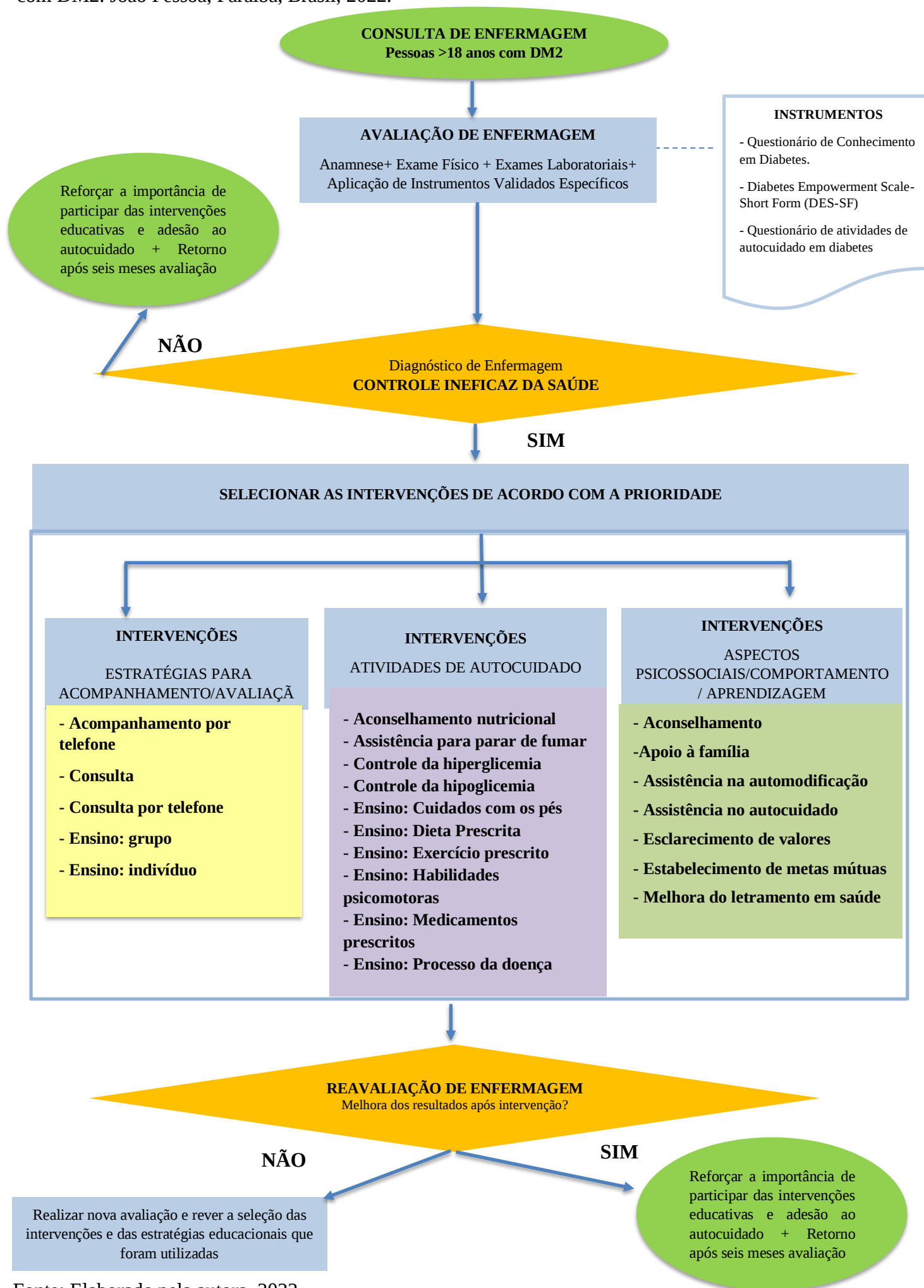
- ✓ Estratégias para acompanhamento/avaliação
- ✓ Atividades de autocuidado
- ✓ Aspectos psicossociais/comportamento/aprendizagem

Após realização das intervenções, deve ser realizada a reavaliação de Enfermagem, considerando os mesmos aspectos abordados na avaliação. Ressalta-se que o tempo para cada intervenção não foi estipulado, pois os achados da literatura são heterogêneos neste quesito. No entanto, evidencia-se a necessidade que sejam intervenções contínuas, quando aplicáveis, como exemplo: o estabelecimento de metas mútuas, grupos de educação, abordagem constante das atividades de autocuidado.

Caso a pessoa com DM apresente resultados que evidenciem melhora do conhecimento, da autoeficácia, da adesão às atividades de autocuidado, como também do quadro clínico, recomenda-se a o fortalecimento da importância em participar das ações educacionais e da adesão às atividades de autocuidado, com provável retorno para nova avaliação após seis meses.

Se mesmo após passar por intervenções a pessoa com DM2 não apresentar resultados satisfatórios, recomenda-se que passe por uma nova avaliação e seja revista a seleção das intervenções e das estratégias que foram utilizadas, sempre em diálogo com a pessoa com DM2.

Figura 6 – Fluxograma de operacionalização do Protocolo de Educação para o Autocuidado de Pessoas com DM2. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022. 145



**PROTOCOLO DE EDUCAÇÃO PARA O
AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

**JOÃO PESSOA – PB
2022**

Este protocolo foi desenvolvido pela doutoranda Patrícia Simplício de Oliveira, sob orientação da professora Dra. Marta Miriam Lopes Costa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Doutorado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

OBJETIVO:

Oferecer um guia para os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde contendo Intervenções de Enfermagem para educação para o autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

Pesquisa de campo

Revisão de escopo

Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC

GRUPO DE DESENVOLVIMENTO:

Patrícia Simplício de Oliveira. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre o Tratamento de Feridas (GEPEFE - UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil. Autora responsável pela seleção, organização e classificação das evidências iniciais, e direcionamento do cumprimento de fases essenciais para o alcance das recomendações finais.

Marta Miriam Lopes Costa. Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Sociologia. Professora titular da Universidade Federal da Paraíba. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre o Tratamento de Feridas (GEPEFE - UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil. Orientadora e supervisora da construção, delineamento e rigor da pesquisa.

USUÁRIOS-ALVO:

Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde que atuam no cuidado a pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2

ÓRGÃO FINANCIADOR:

Recursos próprios do pesquisador

CONFLITO DE INTERESSE:

Não há conflito de interesse.

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado uma das emergências de saúde do século XXI, com aumento substancial de novos casos a cada ano em todo o mundo. Em 2021 foi estimada a existência de 537 milhões de pessoas com DM, com projeções para que esse número aumente para 783 milhões até 2045. O Brasil lidera os países da América Latina com a maior prevalência da doença, representado por 15,7 milhões de brasileiros podendo atingir o número de 23,2 milhões nos próximos 24 anos (IDF, 2021).

O DM é compreendido como um distúrbio metabólico crônico, caracterizado por hiperglicemia persistente, consequência da síntese insuficiente e/ou problemas na atividade da insulina. Dentre a classificação etiológica, o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é o mais prevalente, sendo responsável por cerca de 95% dos casos, com maior acometimento a partir de 40 anos de idade (AMARAL; RIBEIRO; ROCHA, 2021; RODACKI et al., 2022).

A elevada prevalência e incidência do DM estão associadas, principalmente, às mudanças no estilo de vida, como o aumento da ingestão de alimentos processados, com alto teor de gordura e açúcar e redução da prática de exercícios físicos, como também, ao aumento da expectativa de vida e ao processo de urbanização. Ressalta-se ainda a ausência de políticas públicas efetivas que poderiam ser primordiais na prevenção, barrando a ascensão do DM (IDF, 2021; LIMA et al., 2020).

Junto com a representatividade epidemiológica no cenário mundial, o DM possui elevada morbimortalidade por apresentar complicações micro e macrovasculares, inerentes a sua evolução crônica e ao mau controle glicêmico, como a nefropatia, a retinopatia e a neuropatia, além da doença vascular periférica, doença arterial coronariana e acidente vascular cerebral (HÖLD et al., 2022).

Em 2021, excluindo os riscos de mortalidade associados a COVID-19, estima-se que 6,7 milhões de pessoas, com idade entre 20 e 79 anos, morreram em decorrência do DM e suas complicações, o que corresponde a 12,2% do total de mortes no mundo. Além do impacto da mortalidade, ainda há a diminuição da qualidade de vida por limitação do convívio social, das atividades laborais e de lazer, o que também acarreta prejuízos para a economia com o aumento do absenteísmo, licenças para tratamento e aposentadoria por invalidez (SILVA et al., 2018; PUCCI et al., 2018; IDF, 2021).

Por se tratar de uma condição crônica, o tratamento requer disciplina e participação ativa da pessoa com DM na realização de atividades de autocuidado como a adesão à alimentação

saudável, práticas de exercício físico regular, automonitorização da glicemia, uso correto dos medicamentos, cuidados com os pés (LARRÉ et al., 2018).

A necessidade de realizar continuamente atividades de autocuidado associada à falta de conhecimento e à dificuldade de manter e incorporar novos comportamentos de saúde favorece a baixa adesão ao tratamento, o que se configura em um desafio para os profissionais de saúde que precisam considerar os fatores sociais, econômicos e culturais que contribuem para que as pessoas com DM tenham impedimentos em seguir seu plano terapêutico (LARRÉ et al., 2018; TORRES et al., 2018; SILVA et al., 2021). Estudos realizados na Atenção Primária à Saúde com o objetivo de avaliar o conhecimento sobre o diabetes e a atitude para o autocuidado, evidenciaram que a maioria das pessoas com DM apresentam conhecimento insuficiente, no que se refere à doença e ao seu tratamento, como também atitude negativa para a realização do autocuidado (BORBA et al., 2019; GONÇALVES et al., 2020).

Neste sentido, ações de promoção da saúde, com foco na educação para o autocuidado, são consideradas como um dos componentes do tratamento do diabetes, tornando-se primordiais para a adesão ao autocuidado, por oferecer recursos para que a pessoa com DM tenha autonomia sobre sua condição de saúde (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019; BORBA et al., 2020).

Resultados de estudos de intervenção educativa, realizados na Espanha e no Brasil, evidenciam melhor adesão à alimentação saudável, prática de exercício físico, aumento no conhecimento e nas atitudes positivas frente ao DM, como também redução nos valores da hemoglobina glicada (MARTOS-CABRERA et al., 2021; BORBA et al., 2020).

Dessa forma, a educação se confirma como o centro do cuidado e do tratamento de DM, sendo fortemente recomendada pela *American Diabetes Association*, que afirma que todas as pessoas com DM devem ser educadas para o autocuidado (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011; EID et al., 2018).

Para promover ações de educação para o autocuidado, os enfermeiros são profissionais de saúde que se destacam por serem os que demandam maior tempo de cuidado para esse público em todos os níveis de atenção e também por terem em sua formação aspectos importantes que os capacitam para liderarem ações de promoção e proteção da saúde, conduzindo a pessoa com DM para uma gestão autônoma e responsável do seu cuidado (ARRUDA et al., 2020; BATISTA et al., 2020; REZENDE NETA; SILVA; SILVA, 2015).

Atividades envolvendo a assistência e a educação para o autocuidado, desenvolvidas por enfermeiros na Atenção Primária, contribuem para a adesão ao tratamento, como evidencia o ensaio clínico randomizado realizado com homens com DM2 no Paraná que demonstrou que a

educação para o autocuidado apresentou resultados positivos e estatisticamente significativos para a adesão ao tratamento (ARRUDA et al., 2020; BATISTA et al., 2020).

A Atenção Primária é um importante cenário para execução dessas ações, já que o DM é considerado como um problema de saúde sensível a este nível de atenção, sendo decisiva na prevenção de hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares por atuar como porta de entrada no sistema de saúde e coordenar o cuidado (BORGES; LACERDA, 2018).

No entanto, a realidade do sistema de saúde brasileiro apresenta pontos frágeis que contribuem para a não realização de educação em DM para o autocuidado pelos profissionais de saúde: a alta demanda de pessoas para serem atendidas em curto espaço de tempo, o baixo investimento econômico, a supervalorização de procedimentos técnicos tanto pelos profissionais quanto pelos usuários, a ausência de metodologias uniformes e práticas que norteiem a execução de atividades educativas, bem como a falta de capacitação dos profissionais podem ser considerados fatores que favorecem essa fragilidade (SBD, 2019; SALCI et al., 2018; BORGES; LACERDA, 2018).

Nesta perspectiva, a utilização de protocolos assistenciais se mostra como uma importante ferramenta para modificar esse cenário, pois é um recurso que propociona maior segurança aos usuários e profissionais, reduz a variabilidade de ações no cuidado, melhora a qualificação profissional na tomada de decisão assistencial, facilita a incorporação de novas tecnologias, uso racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. (PIMENTA et al., 2015; LEMOS; POVEDA; PENICHE, 2017).

Os protocolos assistenciais tem o objetivo de orientar, auxiliar e favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, atendendo aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do sistema de saúde nacional, estadual e municipal (PIMENTA et al., 2015; FIGUEIREDO et al., 2018; FARIAS et al., 2017).

Os protocolos são determinantes na organização e qualidade do processo de trabalho do Enfermeiro, trazendo maior autonomia nas tomadas de decisões, por serem considerados instrumentos práticos e confiáveis, com alto rigor metodológico, baseado nas melhores evidências clínicas, com intervenções e orientações padronizadas, mas adaptadas a cada realidade (SANTOS et al., 2020; LAUTERTE et al., 2020).

Estudo realizado com enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, do Rio de Janeiro, com o objetivo de analisar os protocolos de Enfermagem como um instrumento para a qualidade da prática, evidenciou que os enfermeiros consideram os protocolos instrumentos que norteiam o

cuidado, promovendo segurança profissional e qualidade no cuidado prestado (ARAÚJO et al., 2020).

Este protocolo servirá como guia, para auxiliar na tomada de decisão e nas ações educacionais voltadas para as pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. Tem como propósito que as ações implementadas contribuam na adesão ao autocuidado e, assim, na redução da morbimortalidade e melhoria na qualidade de vida.

2 ASPECTOS LEGAIS

As Intervenções de Enfermagem voltadas para a educação para o autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Primária à Saúde propostas neste protocolo, atendem aos requisitos legais relacionados à elaboração de protocolos assistenciais e prática assistencial da profissão, fundamenta nas seguintes legislações:

- Lei 7.498, de 25 de junho de 1986 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências (BRASIL, 1986);
- Resolução 358/2009 - Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências (COFEN, 2009);
- Resolução 564/2017 - Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017).

3 GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA

A construção de protocolos assistenciais faz parte do movimento de associar a melhor evidência científica, com a experiência clínica e o protagonismo da pessoa assistida, conhecido como Prática Baseada em Evidência (PBE). A PBE permite a aproximação entre a pesquisa e a prática assistencial, elevando a qualidade da assistência (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2020).

A PBE é o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência disponível na tomada de decisões sobre o cuidado ao paciente. Esta prática requer a integração da melhor evidência disponível na literatura à experiência clínica do profissional, às preferências do paciente e aos recursos disponíveis na instituição. Visa à melhoria do cuidado, buscando identificar e promover práticas que funcionem, eliminando as ineficientes ou prejudiciais e minimizando lacunas entre a produção da (evidência e sua aplicação no cuidado ao paciente. (PIMENTA et al., 2015).

A PBE iniciou na década de 70 com a fundamentação da prática por meio de resultados de pesquisas para melhoria do cuidado. Começou na Medicina e se estendeu para outras áreas, como a Enfermagem. Nesta, é utilizado o termo Prática da Enfermagem Baseada em Evidências (PEBE) (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018).

A PEBE se configura como uma ferramenta de busca das melhores evidências, a partir do raciocínio clínico e crítico do enfermeiro, considerando as necessidades da pessoa e da coletividade. Essas evidências se aplicam em contextos específicos, como a proposta de construção de protocolo de educação para o autocuidado de pessoas com DM2 assistidas na Atenção Primária à Saúde (WEBER et al., 2019).

A busca das melhores evidências pode ser realizada por meio de uma revisão da literatura, seguindo a sequência da Pirâmide dos Níveis de Evidência (Figura 1) que propõe hierarquia de qualidade da informação para estudos clínicos. No topo da pirâmide estão os estudos de maior qualidade e, na base, os de menor: revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados e controlados, estudos de coorte, estudos caso-controle, série de casos e opiniões de autoridades ou relatórios de comitês de especialistas (PIMENTA et al. 2015).

Figura 1 – Pirâmide do nível de evidências. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.



Fonte: Adaptado do Centre for Evidence Based Medicine.

Neste contexto, a revisão de literatura é considerada a principal metodologia na busca de evidência. Assim, para a construção deste protocolo foi utilizada a revisão de escopo por ser um método que oportuniza a obtenção de resultados amplos e abrangentes da literatura. A revisão foi desenvolvida seguindo as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI), Reviewers Manual, de acordo com o quadro teórico fundamentado por Arksey e O'Malley (ARKSEY; O'MALLEY, 2005)

Foram seguidas as cinco etapas da revisão: identificação da questão de pesquisa; identificação dos estudos relevantes; seleção dos estudos; análise dos dados; síntese e apresentação dos dados (ARKSEY; O'MALLEY, 2005). O protocolo de revisão foi registrado na plataforma Open Science Framework (<https://osf.io/n3mkx/>).

4 MÉTODO

Pesquisa de Campo

Com o propósito de se aproximar e conhecer a realidade do público a que se destina o protocolo aqui proposto, a primeira etapa foi contemplada pela realização de um estudo transversal, de abordagem qualitativa, desenvolvido em Unidades de Saúde da Família (USFs) do Distrito Sanitário III, localizadas no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, durante o período de dezembro de 2019 a março de 2020. O estudo apresentou como objetivo: compreender como os(as) enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde vivenciam a educação em saúde para pessoas com DM2, com ênfase no autocuidado.

Para seleção dos enfermeiros, foi utilizada para a seleção a forma não probabilística, e o tamanho amostral não foi determinado, sendo considerada a saturação teórica do conteúdo das entrevistas para definir o número de participantes. Assim, a amostra foi composta por sete enfermeiros. Foram considerados como critérios de inclusão: ser enfermeiro, atuar há pelo menos um ano na Atenção Primária à Saúde. Critérios de exclusão: não estar presente no momento da coleta de dados.

A coleta de dados foi conduzida por um roteiro semiestruturado, aplicado por meio da técnica de entrevista, gravada com auxílio de um smartphone. Para análise qualitativa do conteúdo das entrevistas, seguiu-se as etapas da Análise Temática proposta por Bardin (2016), desenvolvida nas fases de pré análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação dos resultados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, CAAE 03459112.1.0000.5188 e que foram consideradas as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobretudo no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes, sigilo e confidencialidade dos dados, além de comunicado o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer prejuízo.

Revisão de Escopo

O processo da revisão foi norteado pela pergunta de pesquisa, formulada a partir do mnemônico PCC (população, conceito e contexto). Assim, a pergunta de revisão foi: “Quais estratégias e intervenções educacionais são utilizadas para promoção do autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Primária à Saúde?”

CrITÉRIOS de inclusão

- Participantes

Os participantes desta revisão foram pessoas com DM2, maiores de 18 anos.

- Conceito

Esta revisão considerou os estudos que descrevem estratégias e intervenções educacionais para a promoção do autocuidado. As estratégias e intervenções educacionais compreendem uma forma sistemática de planejar, implementar e avaliar o processo total da aprendizagem, por meio da combinação de recursos humanos e materiais (ORIÁ et al., 2018).

Para o autocuidado, foi utilizado o conceito de que é uma prática da pessoa em desenvolver ações em seu próprio benefício na manutenção da vida, saúde e bem-estar, estando diretamente relacionado às habilidades, limitações, valores, regras culturais e científicas da própria pessoa (OREM, 2001).

Foram consideradas atividades de autocuidado no DM a adesão à alimentação saudável, prática de atividade física, monitoração da glicemia, uso adequado dos medicamentos, cuidados com os pés, cessação do tabagismo (PEREIRA et al., 2022; GIBICOSKI et al., 2020).

- Contexto

Foram inclusos estudos desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é considerada a porta de entrada para o sistema de saúde e apresenta como objetivos a promoção e a proteção da saúde, além da prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Tem como principal característica a proximidade e o vínculo da equipe de saúde com a população assistida, facilitando o acesso aos serviços de saúde e promovendo a integralidade e a equidade do cuidado. Este primeiro nível de atenção à saúde é responsável por resolver 85% dos problemas

de saúde da população, evitando internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, como o DM (MATTOS; BALSANELLI, 2019; CAVALCANTI et al., 2021)

- Tipos de fontes

Os critérios de inclusão foram artigos originais, sem restrição de idioma, com delineamento quantitativo, qualitativo e misto. Devido ao grande volume de estudos encontrados em pesquisa prévia, não serão inclusos estudos de caso, relatos de experiência, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de curso, artigos teóricos, revisões, protocolos, editoriais e anais.

As buscas consideraram os estudos publicados a partir de 2011, ano em que a Organização das Nações Unidas reconheceu o DM como real ameaça significativa à saúde e ao bem estar da população mundial; também marcado pela elaboração do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, que traz como objetivo principal a promoção, o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas para prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco, dentre elas, o DM (Brasil, 2011; IDF, 2015).

Essa delimitação temporal também se justifica pela publicação dos Padrões Internacionais de Educação em Diabetes pela International Diabetes Federation, no fim de 2013, contemplando o período selecionado. Este documento tem como objetivo fornecer informações, aos profissionais de saúde, sobre as melhores práticas, cuidados eficazes e educação de autocuidado para pessoas com diabetes e suas famílias (IDF, 2015).

Estratégia de pesquisa

Conforme recomendação do manual da JBI (AROMATARIS; MUNN, 2020), para identificar os descritores/ títulos foi realizada uma busca inicial nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), através da análise das palavras do texto contidas no título e resumo dos artigos recuperados e dos termos de indexação usados para descrever os artigos. Posteriormente, foi realizada pesquisa desses termos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), como também foi realizada investigação dos vocabulários controlados correspondentes, de acordo com a especificidade de cada base de escolhida (Quadro 1).

Quadro 1 - Seleção de descritores indexados no vocabulário controlado nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH), títulos CINAHL e Thesaurus ERIC. João Pessoa – PB, Brasil, 2022

Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)	Medical Subject Headings (MeSH)	Títulos CINAHL	Thesaurus - ERIC
Diabetes Mellitus Tipo 2	Diabetes Mellitus, Type 2	Diabetes Mellitus, Type 2/ Diabetes Type 2	Diabetes
Autocuidado	Self Care	Self Care	Self Care Skills
Autogestão	Self-Management	Self-Management	Self-Management
Educação em saúde	Health Education	Health Education	Health Education
Educação de pacientes	Patient Education as Topic	Patient Education	Patient education
Promoção da Saúde	Health Promotion	Health Promotion/ Health teaching	Health Promotion
Letramento em saúde	Health Literacy	Health Literacy	-
Enfermagem	Nursing	Nursing Interventions	Nursing/ Nursing education
Atenção Primária à Saúde	Primary Health Care	Primary Health Care/ Primary care	Primary Health Care

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A pesquisa eletrônica dos estudos foi realizada nas seguintes bases de dados: Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE, Scopus, Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), CINAHL, *Educational Resources Information Centre* (ERIC) e *Google Scholar*. Ressalta-se que também foram analisadas as listas de referências dos artigos identificados nestas bases para inclusão de estudos adicionais.

As buscas foram operacionalizadas a partir dos termos do Medical Subject Headings (MeSH), Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), títulos CINAHL e Thesaurus - ERIC combinando-os por meio dos operadores booleanos AND e OR, de acordo com as especificações de cada base de dados (Quadro 2).

Quadro 2 – Estratégia de busca nas bases de dados. João Pessoa, PB, Brasil, 2022.

Bases de Dados	Estratégia de busca
Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)	("Diabetes Mellitus Tipo 2") AND (autocuidado) AND ("Educação em saúde") ("Diabetes Mellitus Tipo 2")) AND ("Letramento em saúde")) AND (Autocuidado))
<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i> (MEDLINE)	("Diabetes Mellitus Tipo 2")) AND (Autocuidado)) AND ("Educação em saúde") ("Diabetes Mellitus Tipo 2")) AND ("Letramento em saúde")) AND (Autocuidado)) ("Diabetes Mellitus Tipo 2")) AND (Autogestão)) AND (("Promoção da Saúde"))
Scopus	("Diabetes Mellitus, Type 2") AND ("Self Care") OR ("Self-Management") AND ("Health Education") OR (patient AND education AND as AND topic) OR (health AND promotion) OR (health AND literacy) AND (nursing) OR ("Nursing Interventions"))
Base de Dados de Enfermagem (BDENF)	("Diabetes Mellitus Tipo 2")) AND (Autocuidado)) AND ("Educação em saúde")) AND (Enfermagem) ("Diabetes Mellitus Tipo 2") AND (Autocuidado) AND ("Educação em saúde")
<i>Scientific Electronic Library Online</i> (SCIELO)	"Diabetes Mellitus, Type 2" AND "Self Care" OR "Self-Management" OR "Health Education"
<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i> (CINAHL)	(diabetes mellitus type 2 or diabetes type 2) AND (self care or self-care or self-management or self management) AND (health education or health promotion or health teaching or patient education or health literacy) AND primary health care
<i>Educational Resources Information Centre</i> (ERIC)	Diabetes AND Self Care Skills OR Self-Management AND Health Education OR Patient education OR Health Promotion
<i>Google Scholar</i>	Diabetes Mellitus, "Type 2" AND Self Care AND Health Education AND Primary Health Care

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

4.1.2.5 Seleção dos estudos

A pesquisa foi executada através do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a partir da identificação por meio da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), como forma de padronizar a coleta nessas bases.

Os estudos foram exportados para o gerenciador de referências *EndNote*, versão online, para remoção das duplicações. Em seguida, foram importados para a plataforma *Rayyan Qatar Computing Research Institute* (Rayyan QCRI), acessada por meio do endereço eletrônico <https://rayyan.qcri.org>. Os resultados da seleção foram analisados por dois pesquisadores independentes, previamente treinados, para avaliar títulos e resumos e, os que atenderam aos critérios de elegibilidade e que tiveram consenso entre os dois revisores, foram lidos na íntegra para inclusão ou exclusão na revisão. As discordâncias na fase da leitura na íntegra foram resolvidas por consenso entre os dois pesquisadores.

4.1.2.6 Extração de dados

A extração dos dados foi realizada com a utilização de um instrumento estruturado desenvolvido em planilha do programa Microsoft Office Excel Online, com base no modelo fornecido pelo Manual da *Joanna Briggs Institute, Reviewers* (AROMATARIS; MUNN, 2020), com as seguintes informações: título do estudo; formação, titulação e afiliação dos autores; país de origem; idioma; ano de publicação; periódico de publicação; local de realização do estudo; objetivos; participantes da pesquisa; tipo de estudo; abordagem; instrumentos aplicados; intervenções e estratégias educacionais utilizadas; principais resultados; e nível de evidência (APÊNDICE E).

4.1.2.7 Apresentação e análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados quantitativamente com auxílio do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) – versão 20.0, utilizando-se os recursos da estatística descritiva, com distribuição de frequência em número absoluto e relativo. Os dados reunidos foram categorizados e agrupados com base na similaridade no significado para produzir um

conjunto de descobertas integradas que representem essa agregação e possibilite a interpretação dos resultados.

O resultados estão apresentados em formato de quadros e relatados de forma narrativa.

Mapeamento cruzado das intervenções da NIC

Para o planejamento do cuidado, o enfermeiro precisa realizar o levantamento das necessidades do indivíduo, família ou comunidade, identificadas a partir de um julgamento clínico. Neste sentido, o Processo de Enfermagem (PE) é a metodologia utilizada para planejar, realizar e documentar as atividades de enfermagem, contribuindo para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

De acordo com a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009, o PE deve ser realizado por meio de cinco etapas: coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento da assistência de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem. As etapas do PE privativas do enfermeiro são a realização do diagnóstico de enfermagem (DE), e a prescrição de intervenções de enfermagem (GRYSCHER et al., 2019; SERRA et al., 2020).

Para garantir a padronização da linguagem do PE, é fundamental a utilização de sistemas de linguagens padronizadas, como os de classificação em Enfermagem. São eles que nomeiam, organizam e classificam os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (CHAVES et al., 2020).

Existem cerca de 12 Sistemas de Linguagens Padronizadas reconhecidos pela Associação Americana de Enfermagem – ANA, sendo os mais utilizados no Brasil a *NANDA International* para os Diagnósticos; a *Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC)*; a *Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification - NIC)* (ALMEIDA et al., 2021).

A NANDA oferece uma terminologia padronizada de diagnósticos de enfermagem e apresenta todos em um esquema classificatório, sendo definida como uma taxonomia. A utilização da NANDA para identificação de DE possibilita o direcionamento da assistência de enfermagem a pacientes em diversos contextos de saúde, auxiliando-os na tomada de decisão, com subsídios para a elaboração do plano de cuidados individualizado para o alcance dos melhores resultados, documentação dos processos, segurança do paciente, além de redução dos custos em saúde (SERRA et al., 2020).

A taxonomia da NANDA permite uma linguagem padronizada de comunicação dos diagnósticos de enfermagem, utilizada em todo o mundo, com tradução em aproximadamente 20 idiomas. Essa padronização proporciona uma linguagem compartilhada para os enfermeiros abordarem os problemas de saúde, os estados de risco e a disposição para a promoção da saúde (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Já a Nursing Interventions Classification (NIC) é uma linguagem padronizada e abrangente das intervenções realizadas por enfermeiros, que pode ser utilizada em todos os âmbitos e especialidades, auxiliando no planejamento, na documentação e na comunicação sobre o cuidado. A NIC é composta de 565 intervenções de Enfermagem e aproximadamente 13 mil atividades. Para facilitar o uso, as intervenções estão agrupadas em 30 classes e sete domínios (CHAVES et al., 2020; BUTCHER et al., 2020).

A Intervenção de Enfermagem pode ser compreendida como qualquer tratamento realizado pelo enfermeiro baseado em seu julgamento clínico, que intensifique os resultados de um paciente, grupo ou comunidade. Já as atividades de Enfermagem são ações específicas realizadas para implementar uma intervenção e auxiliar na progressão do resultado esperado (BUTCHER et al., 2020).

A seleção de uma intervenção de enfermagem para um paciente deve considerar seis fatores: resultados desejados do paciente, características do diagnóstico de enfermagem, base de pesquisa para a intervenção, viabilidade de se realizar a intervenção, aceitabilidade pelo paciente e capacidade do enfermeiro (BUTCHER et al., 2020).

As atividades descritas na NIC e encontradas na literatura como intervenções são aplicáveis a diferentes grupos de pessoas, o que corrobora a orientação da NIC de que apenas o título e a definição das intervenções precisam ser os mesmos para todos os pacientes, uma vez que as atividades devem ser modificadas, permitindo a individualização da assistência prestada (BUTCHER et al., 2020).

Diante do exposto, esta etapa do estudo tem como objetivo realizar o mapeamento cruzado dos cuidados de Enfermagem identificados na pesquisa de campo (primeira etapa do estudo) e na revisão de literatura (segunda etapa do estudo) com as intervenções propostas pela NIC para o diagnóstico de Enfermagem “Controle ineficaz da saúde”. Esse método consiste em comparar dados de enfermagem não padronizados com a linguagem da NIC.

Para isto, foram identificadas as intervenções e atividades de Enfermagem na sétima edição do livro da NIC, a partir das intervenções sugeridas pela ligação da NIC com os Diagnósticos da NANDA-I 2012-2014, localizados na parte seis da sexta edição da NIC (BUTCHER et al., 2020; Bulechek et al., 2016).

Assim, foram identificadas 36 intervenções sugeridas e 13 opcionais adicionais, totalizando 49 intervenções. Contudo, algumas intervenções sugeridas e opcionais adicionais propostas pela ligação NANDA-I/NIC não foram incluídas para a realização do mapeamento cruzado, por compreender que suas atividades sejam implícitas em outras intervenções que atendem aos objetivos do presente estudo no que refere ao campo de aplicação (Atenção Primária à Saúde) e ao referencial teórico utilizado (Teoria do Sistema de Apoio-educação de Orem). Logo, foram excluídas as seguintes intervenções:

- ✓ Assistência quanto a recursos financeiros (sugerida)
- ✓ Apoio emocional (sugerida)
- ✓ Apoio à tomada de decisão (sugerida)
- ✓ Assistência quanto a recursos financeiros (sugerida)
- ✓ Contrato com o paciente (sugerida)
- ✓ Construção de relação complexa (sugerida)
- ✓ Controle da Asma (opcional adicional)
- ✓ Controle de medicamento (sugerida)
- ✓ Dizer a Verdade (opcional adicional)
- ✓ Escuta ativa (sugerida)
- ✓ Ensino: Procedimento/tratamento (sugerida)
- ✓ Encaminhamento (opcional adicional)
- ✓ Facilitação da aprendizagem (sugerida)
- ✓ Facilitação na autorresponsabilidade (sugerida)
- ✓ Humor (opcional adicional)
- ✓ Identificação de risco (sugerida)
- ✓ Intervenção na crise (sugerida)
- ✓ Melhora da autopercepção (sugerida)
- ✓ Melhora do enfrentamento (sugerida)
- ✓ Mobilização Familiar (opcional adicional)
- ✓ Modificação do comportamento (sugerida)
- ✓ Orientação quanto ao sistema de saúde (sugerida)
- ✓ Presença (opcional adicional)
- ✓ Promoção da integridade familiar (opcional adicional)
- ✓ Tratamento para o uso de drogas (sugerida)

Por outro lado, foram inclusas intervenções que atendem aos objetivos do estudo, mas que não fazem parte da ligação NANDA-I/NIC:

- ✓ Biblioterapia
- ✓ Consulta
- ✓ Controle da hiperglicemia
- ✓ Controle da hipoglicemia
- ✓ Ensino: cuidados com os pés
- ✓ Ensino: grupo
- ✓ Melhora do letramento em saúde

Assim, a partir do diagnóstico “Controle ineficaz da saúde” que faz parte do domínio “Promoção da Saúde” da NANDA-I, com a seguinte definição: “Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar metas específicas de saúde”, e dos critérios já mencionados, foram identificadas 18 intervenções de Enfermagem e 1.122 atividades de Enfermagem (Quadro 3).

Após análise das atividades de Enfermagem, para verificar a adequação aos objetivos do estudo, foram selecionadas 588 atividades do total de 1.122 (Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição das intervenções e atividades de Enfermagem da NIC, de acordo com o nível da categoria. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

NÍVEL DA CATEGORIA	INTERVENÇÕES	Nº DE ATIVIDADES NIC SUGERIDAS	Nº DE ATIVIDADES NIC MAPEADAS
	Acompanhamento por Telefone	15	01
	Aconselhamento	21	12
	Aconselhamento Nutricional	22	11
	Apoio à família	39	12
	Assistência na automodificação	42	05
	Assistência no Autocuidado	13	03
	Consulta por Telefone	34	12
	Ensino: Dieta Prescrita	21	19

Sugeridas	Ensino: Exercício Prescrito	28	19
	Ensino: Habilidades Psicomotoras	19	12
	Ensino: Indivíduo	29	23
	Ensino: Medicamentos Prescritos	35	25
	Ensino: Processo da Doença	26	18
	Esclarecimento de Valores	18	14
	Estabelecimento de Metas Mútuas	34	32
	Fortalecimento da Autoestima	32	12
	Intermediação Cultural	18	15
	Melhora da Autoeficácia	16	12
Opcionais Adicionais	Assistência para Parar de Fumar	33	20
	Biblioterapia	16	08
Sem ligação NANDAI/NIC	Ensino: cuidados com os pés	31	28
	Ensino: grupo	36	29
	Consulta	12	07
	Controle da hiperglicemia	28	05
	Controle da hipoglicemia	26	04
	Melhora do letramento em saúde	22	21
TOTAL		666	588

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

É importante destacar que as atividades de Enfermagem voltadas para pessoas <18 anos e para o ambiente hospitalar não foram consideradas, pois foge do escopo deste estudo.

Após definição das intervenções e atividades de Enfermagem propostas pela NIC e para viabilizar a realização do mapeamento cruzado, foi elaborado um instrumento (APÊNDICE X) contemplando na parte superior o título e a definição do DE “Controle ineficaz da saúde” e das intervenções propostas pela NIC. As colunas do instrumento contêm as atividades da NIC e as atividades identificadas nas demais etapas citadas deste estudo quando foram consideradas similares às da NIC.

Para realização do mapeamento, foram seguidas as seguintes regras (DELANEY; MOORHEAD, 1997):

1. Mapear usando o contexto do diagnóstico de enfermagem;
2. Mapear o “significado” das palavras não apenas as palavras;
3. Usar a “palavra-chave” na intervenção, para mapear a intervenção NIC;
4. Usar os verbos como as “palavras-chave” na intervenção;
5. Mapear a intervenção, partindo do rótulo da intervenção NIC para atividade;
6. Manter a consistência entre a intervenção sendo mapeada e a definição da intervenção NIC;
7. Usar rótulo da intervenção NIC mais específico;
8. Mapear o verbo “avaliar” para as atividades “monitorar” da NIC;
9. Mapear o verbo “traçar gráfico” para atividades de “documentação”;
10. Mapear o verbo “ensinar” para intervenções atividade/ensino, quando o enfoque principal for sobre o ensino;
11. Mapear o verbo “ensinar” para o rótulo da intervenção NIC específica, quando o ensino for menos intenso ou relacionado com outra atividade na ordem/intervenção geral;
12. Mapear o verbo “ordenar” para intervenções “manejo do suprimento”;
13. Mapear as intervenções que têm dois ou mais verbos para as duas ou mais intervenções NIC correspondentes.

5 MODELO TEÓRICO PARA ESTRUTURAÇÃO DO PROTOCOLO

Uma das teorias consideradas como marco teórico de referência para a prática profissional do enfermeiro e muito utilizada em estudos que envolvem os cuidados às pessoas com DCNT, como o DM, é a Teoria do Déficit de Autocuidado, núcleo central da Teoria Geral proposta por Dorothea Elizabeth Orem. Essa teórica divulgou suas concepções de Enfermagem, em 1959, quando publicou pela primeira vez seu conceito de enfermagem como provimento do autocuidado (RAIMONDO et al., 2012; VITOR; LOPES; ARAÚJO, 2010).

Orem nasceu em Baltimore, Maryland, nos Estados Unidos da América (EUA). Foi diplomada em Enfermagem pela Providence Hospital School of Nursing, em Washington (EUA). Em sua formação, recebeu forte influência da educação, desde seu bacharelado em Enfermagem que foi concluído em Ciência da Educação (SILVA et al., 2020; MCEWCN, 2016).

Os conceitos do metaparadigma foram definidos por Orem (2001), considerando a Enfermagem como uma arte, em que o enfermeiro realiza assistência a uma pessoa sem condições de cuidar de si; as pessoas assistidas, individual ou coletivamente, são o propósito do cuidado; deve ser considerado o ambiente físico e todo o contexto sociocultural em que está inserido; já a saúde é compreendida pela capacidade de pensar sobre si mesmo, expressar a experiência e comunicar -se com os outros (MCEWCN, 2016).

Assim, Dorothea Elizabeth Orem mencionou pela primeira vez o autocuidado, quando passou a investigar as causas do porquê as pessoas necessitarem da assistência de Enfermagem. Ela conceitua o autocuidado como atitudes a pessoa faz para seu próprio benefício, tanto para prevenir quanto para tratar os agravos de saúde. Logo, pode-se identificar se precisa ou não da assistência de Enfermagem (OREM, 2001; SILVA et al., 2021).

Neste contexto, Orem apresentou sua teoria geral de Enfermagem, composta por três teorias interrelacionadas: Teoria do Autocuidado; Teoria do Déficit de Autocuidado; Teoria de Sistemas de Enfermagem (Figura -2) (OREM, 2001),

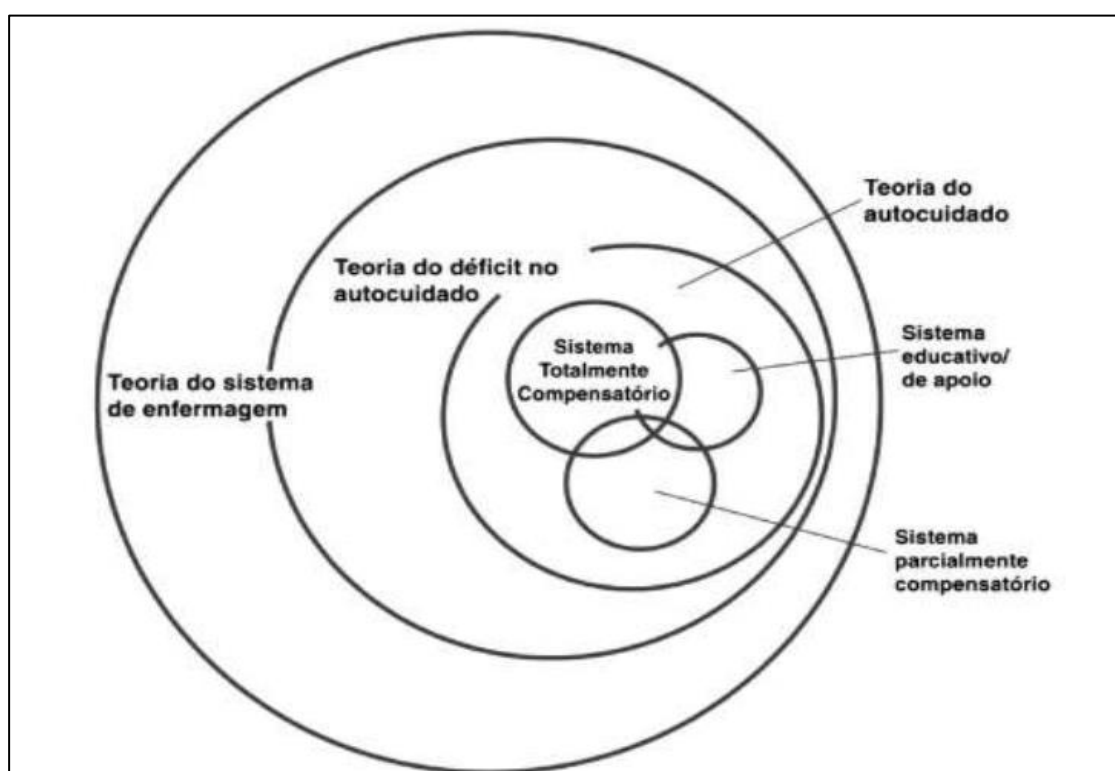
Teoria do autocuidado: para compreender a teoria do autocuidado é necessário definir os conceitos relacionados: autocuidado, ação de autocuidado, fatores condicionantes básicos e demanda terapêutica de autocuidado. Autocuidado é a atividade que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. Ação de autocuidado é a capacidade de o homem engajar-se no autocuidado. Fatores condicionantes básicos são: idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação, considerando a pessoa como um ser

funcional e integrado com o todo e motivado a atingir o autocuidado (TESTON; SALES; MARCON, 2017; OREM, 2001).

Teoria do déficit de autocuidado: o déficit de autocuidado ocorre quando o ser humano se acha limitado para prover autocuidado sistemático, necessitando de ajuda de enfermagem. Constitui a essência da teoria geral de Orem, pois possibilita apontar a necessidade de enfermagem. Justifica-se quando o indivíduo acha-se incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz (OREM, 2001).

Teoria de sistemas de enfermagem: dividida em sistema totalmente compensatório, quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo e o profissional de enfermagem o assiste, substituindo-o, sendo suficiente para ele; sistema parcialmente compensatório, quando a enfermeira e o indivíduo participam na realização de ações terapêuticas de autocuidado; e sistema de apoio-educação é quando o indivíduo necessita de assistência na forma de apoio, orientação e ensinamento (OREM, 2001).

Figura 2 – Representação diagramática da Teoria de enfermagem do déficit de autocuidado



Fonte: MCEWCN, 2016

Trazendo para o contexto do DM, a teoria geral de Orem se mostra fundamental para a prática do enfermeiro nas intervenções para garantir que as pessoas com DM tenham adesão ao seu tratamento. Visto que a teoria provoca uma reflexão que respeita e incentiva a forma que a pessoa se cuida e o porquê de realizar esses cuidados para seu próprio benefício, o que torna as ações comportamentais mais significativas (BEZERRA et al., 2018).

As mudanças no estilo de vida e adesão ao tratamento são possíveis quando as pessoas são capazes de gerenciar o autocuidado. Esse gerenciamento é compreendido como um resultado sensível à intervenção de Enfermagem, permitindo que as pessoas reconheçam e determinem seus problemas de saúde e escolham as estratégias mais apropriadas para gerenciá-los (KINDEL et al., 2020; BARBOZA; FASSARELA; SOUSA, 2020).

No contexto da Teoria, são definidos por Orem seis requisitos de autocuidado em condições de doença: buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada; conhecer e considerar a doença e suas complicações; aderir ao tratamento; conhecer e considerar/regular os desconfortos do tratamento; aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde e aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida (MENDONÇA et al., 2017, OREM, 2001).

Bezerra et al. (2018) afirmam que a teoria de Orem é uma das mais pesquisadas no Brasil, o que pode ser resultado de dois fatores: a ênfase na promoção da saúde, por meio de intervenções educacionais promovidas pelo enfermeiro e o alto número de pessoas com doenças crônicas.

Em estudo de revisão bibliométrica, realizado com o objetivo de descrever o panorama da produção científica sobre autocuidado à Luz da Teoria de Dorothea Orem, foi possível identificar prevalência de pesquisas no campo das doenças crônicas não transmissíveis. O que pode ser justificado pelo cerne da teoria de capacitar a pessoa para que desenvolva seu próprio cuidado, o que é fundamental para doenças de evolução longa e sem perspectiva de cura (SILVA, 2021).

Partindo da proposta de construir um protocolo de educação para o autocuidado de pessoas com DM2, compreende-se que dentre as teorias propostas por Orem, embora todas apresentem a necessidade de educação em saúde, o Sistema Apoio-educação atende às necessidades e características desta pesquisa por ser mais específica quanto às intervenções de educação e orientação realizadas pelo enfermeiro, sem a dependência de cuidados diretos de Enfermagem, característica prevalente das pessoas assistidas na Atenção Primária à Saúde.

O Sistema Apoio-educação aponta que a pessoa tem capacidade de executar o autocuidado, mas há necessidade de ensino, ou seja, a pessoa precisa aprender para desenvolver

suas habilidades de autocuidado. A intervenção de enfermagem, neste aspecto da teoria, está voltada para a orientação, apoio e ensino para que seja possível a capacidade de tomar decisões conscientemente (FEIJÃO; LOPES; GALVÃO, 2009; OREM, 2001).

O Sistema tem como principal característica a relação de interdependência e corresponsabilidade entre enfermeiro e pessoa assistida. E neste contexto, existem algumas variações: primeira - uma pessoa pode realizar medidas de cuidado, mas necessita de orientação e apoio; segunda - há necessidade de ensino para aprender a cuidar de si; terceira - provimento de um ambiente propício para o aprendizagem; quarta - a pessoa tem capacidade de realizar o autocuidado, mas necessita, periodicamente, de orientações (FEIJÃO; LOPES; GALVÃO, 2009; OREM, 2001).

6 PROTOCOLO DE EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Para a construção do Protocolo de Educação para o Autocuidado de Pessoas com DM2, foram considerados os achados da pesquisa de campo, da revisão de literatura e do mapeamento das intervenções da NIC.

Baseado nestas premissas e do referencial teórico do Sistema de Apoio-educação proposto por Orem, além de considerar o cenário da Atenção Primária à Saúde, foi construído o fluxograma (Figura 3) para explicar como pode ser utilizado o protocolo proposto.

Considerou-se para início das ações, a Consulta de Enfermagem, pois, como relatado pelos profissionais de Enfermagem entrevistados neste estudo e considerando a dinâmica de trabalho neste nível de atenção à saúde, este é o momento considerado de maior interação entre a pessoa com DM2 e o enfermeiro, o que propicia a realização da avaliação de Enfermagem.

Para avaliação de Enfermagem, foram considerados as etapas que contemplam o processo de Enfermagem: anamnese e exame físico (histórico de Enfermagem), a análise de resultados de exames laboratoriais, caso estejam disponíveis, e aplicação de instrumentos validados para avaliar o conhecimento, utilizando o Questionário de Conhecimento em Diabetes (*Diabetes Knowledge Questionnaire* - DKN-A); avaliar a autoeficácia através da Diabetes Empowerment Scale-Short Form (DES-SF); e avaliação da adesão ao autocuidado verificada através do questionário de atividades de autocuidado em diabetes – QAD.

Ressalta-se que os resultados da aplicação dos citados instrumentos podem ser utilizados como indicadores de resultado do protocolo em questão, podendo ser aplicado na primeira abordagem, após a realização das intervenções educacionais e nas consultas de retorno.

Embora a American Diabetes Association recomende a avaliação da necessidade de ações educacionais em quatro momentos essenciais: no momento do diagnóstico, anualmente, quando surgirem fatores que interfiram no autocuidado ou quando ocorrerem transições nos cuidados; para este protocolo, considerando a realidade do contexto brasileiro, que se diferencia do americano, em termos de aspectos socioeconômicos e de acesso à saúde, recomenda-se, no lugar de anualmente, a avaliação da pessoa com DM2, no mínimo, seis meses após a última avaliação. No entanto, é importante destacar a característica dinâmica da aplicação da avaliação e das intervenções, que podem acontecer de acordo com a demanda das pessoas com DM2, visto que o cuidado individualizado tem essa característica.

Após avaliação de Enfermagem e aplicação dos instrumentos, a identificação do diagnóstico de Enfermagem “Controle ineficaz da saúde” poderá ser obtida de forma subjetiva

pelo julgamento clínico do Enfermeiro com as informações obtidas no Histórico de Enfermagem, como também de forma quantitativa, com auxílio dos instrumentos aplicados ao apresentarem os seguintes escores de resultado:

Questionário de Conhecimento em Diabetes: < 8 pontos

Diabetes Empowerment Scale-Short Form: < 3,0 pontos

Questionário de atividades de autocuidado em diabetes: < 5 dias

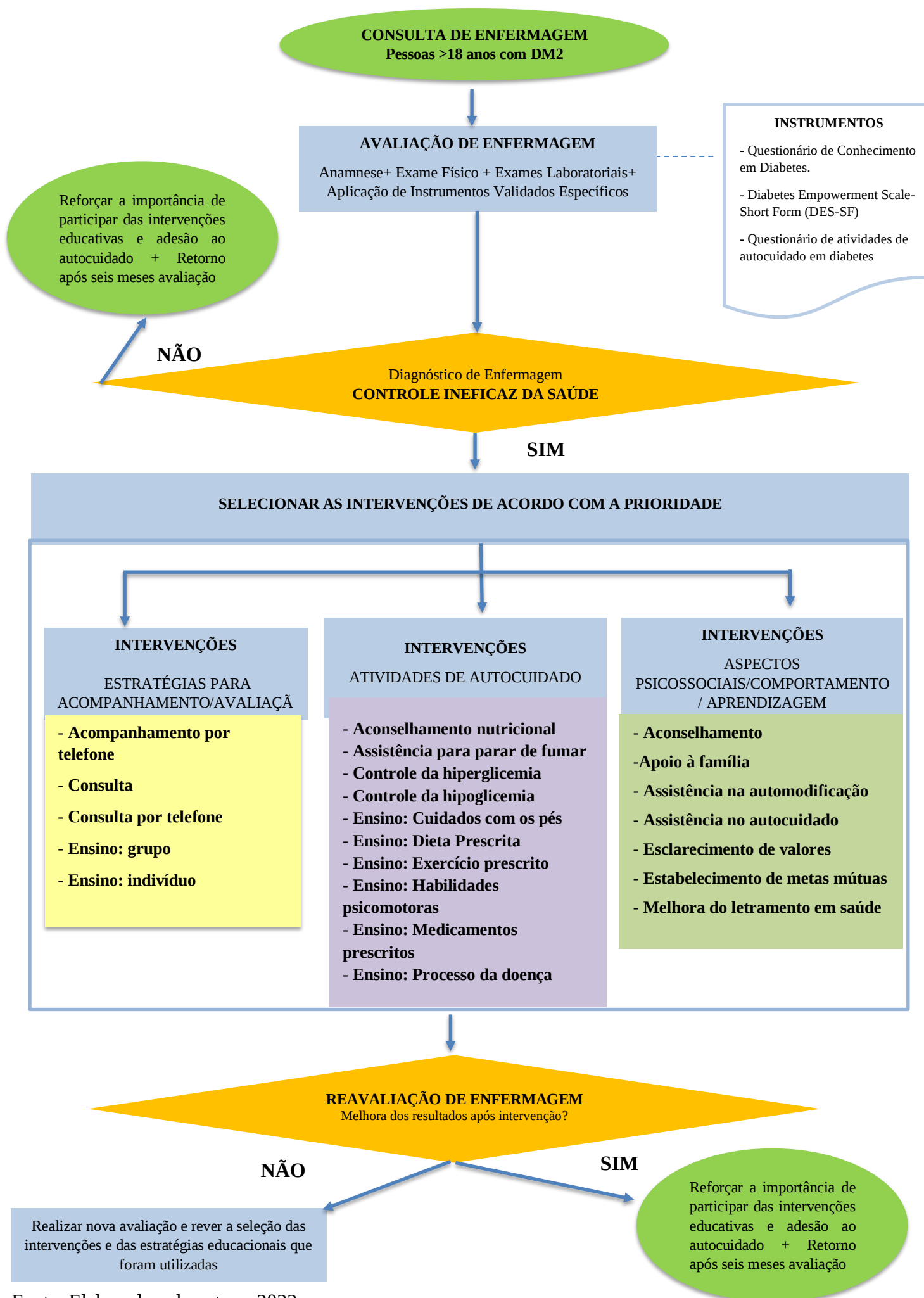
Com a identificação do diagnóstico, as intervenções de Enfermagem que passaram pelo mapeamento cruzado foram agrupadas de acordo com a semelhança das atividades, para melhor compreensão. Assim, surgiram três grupos principais de intervenções, com suas respectivas atividades:

- ✓ Estratégias para acompanhamento/avaliação
- ✓ Atividades de autocuidado
- ✓ Aspectos psicossociais/comportamento/aprendizagem

Após realização das intervenções, deve ser realizada a reavaliação de Enfermagem, considerando os mesmos aspectos abordados na avaliação. Ressalta-se que o tempo para cada intervenção não foi estipulado, pois os achados da literatura são heterogêneos neste quesito. No entanto, evidencia-se a necessidade que sejam intervenções contínuas, quando aplicáveis, como exemplo: o estabelecimento de metas mútuas, grupos de educação, abordagem constante das atividades de autocuidado.

Caso a pessoa com DM apresente resultados que evidenciem melhora do conhecimento, da autoeficácia, da adesão às atividades de autocuidado, como também do quadro clínico, recomenda-se a o fortalecimento da importância em participar das ações educacionais e da adesão às atividades de autocuidado, com provável retorno para nova avaliação após seis meses.

Se mesmo após passar por intervenções a pessoa com DM2 não apresentar resultados satisfatórios, recomenda-se que passe por uma nova avaliação e seja revista a seleção das intervenções e das estratégias que foram utilizadas, sempre em diálogo com a pessoa com DM2.



Para este protocolo, foram elencadas 22 Intervenções de Enfermagem e 65 Atividades de Enfermagem, distribuídas em grupos, de acordo com as semelhanças das atividades (Quadro 4).

Quadro 4 – Intervenções e Atividades de Enfermagem para a educação do autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

TÍTULO DA INTERVENÇÃO	ATIVIDADE DE ENFERMAGEM
ESTRATÉGIAS PARA ACOMPANHAMENTO/AVALIAÇÃO	
Acompanhamento por telefone	-Fornecer informações sobre regime de tratamento e responsabilidades de autocuidado
Consulta	- Fornecer conhecimentos especializados para aqueles que procuram ajuda
Consulta por telefone	- Fornecer informações sobre o regime de tratamento e as responsabilidades de autocuidado resultantes, conforme necessário, de acordo com o escopo de práticas e diretrizes estabelecidas - Estabelecer o nível de conhecimento da pessoa e a fonte desse conhecimento
Ensino: grupo	- Utilizar os recursos da comunidade, conforme apropriado - Listar possíveis estratégias de ensino, materiais educacionais, atividades de aprendizagem - Controlar o tamanho e as competências do grupo - Fornecer orientação individual adicional - Avaliar o grau em que as metas do programa foram alcançadas
Ensino: indivíduo	- Avaliar o nível atual de conhecimento e compreensão de conteúdo do paciente -Selecionar métodos e estratégias apropriados de ensino

ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO	
Aconselhamento nutricional	- Determinar os hábitos de consumo alimentar e de alimentação do paciente -Estabelecer metas realistas em curto e longo prazos para a mudança do estado nutricional -Discutir o conhecimento do paciente sobre os quatro grupos alimentares básicos, bem como suas percepções da necessidade de modificação da dieta -Auxiliar o paciente a relatar sentimentos e preocupações sobre o cumprimento das metas
Assistência para parar de fumar	- Registrar a condição atual de fumante e história de tabagismo
Controle da hiperglicemia	- Orientar o paciente e pessoas significativas sobre prevenção, reconhecimento e controle da hiperglicemia
Controle da hipoglicemia	- Orientar o paciente e pessoas significativas sobre sinais e sintomas, fatores de risco e tratamento para a hipoglicemia - Orientar a respeito da instrução sobre dieta, insulina/agente oral e exercícios - Incentivar a automonitoração dos níveis de glicose no sangue
Ensino: Cuidados com os pés	- Determinar as práticas atuais de cuidados com os pés - Fornecer as diretrizes, por escrito, de cuidados com os pés - Auxiliar no desenvolvimento de um plano diário para cuidados e avaliação dos pés em casa
Ensino: Dieta Prescrita	- Avaliar nível atual de conhecimento do paciente sobre a dieta prescrita - Auxiliar o paciente a acomodar as preferências alimentares na dieta prescrita
Ensino: Exercício prescrito	- Avaliar o nível atual de exercício do paciente e o conhecimento sobre o exercício prescrito

	- Informar o paciente sobre a finalidade e os benefícios do exercício prescrito - Fornecer informações sobre os recursos comunitários disponíveis e grupos de apoio para aumentar a adesão do paciente ao exercício
Ensino: Habilidades psicomotoras	- Determinar as necessidades de aprendizagem do paciente - Demonstrar a habilidade para o paciente - Fornecer informações ou diagramas por escrito - Observar o paciente demonstrar a habilidade
Ensino: Medicamentos prescritos	- Orientar o paciente sobre a finalidade e ação de cada medicamento - Orientar o paciente sobre os possíveis efeitos colaterais de cada medicação
Ensino: processo da doença	- Avaliar o nível atual de conhecimento do paciente relacionado ao DM - Explicar a fisiopatologia da doença, e como ela se relaciona com a anatomia e fisiologia - Descrever os sinais e sintomas comuns da doença
ASPECTOS PSICOSSOCIAIS/COMPORTAMENTO/ APRENDIZAGEM	
Aconselhamento	- Encorajar a expressão de sentimentos - Auxiliar o paciente a identificar o problema ou a situação que esteja causando angústia - Auxiliar o paciente a fazer uma lista e priorizar todas as possíveis alternativas para um problema
Apoio à família	- Orientar a família quanto aos planos de cuidados médicos e de enfermagem - Incluir os familiares com o paciente na tomada de decisão sobre os cuidados, quando apropriado
Assistência na automodificação	- Auxiliar o paciente na identificação de uma meta específica para mudar - Auxiliar o paciente a identificar comportamentos-alvo que precisam mudar para alcançar a meta desejada - Explorar com o paciente as potenciais barreiras à mudança de comportamento

	- Auxiliar o paciente a avaliar o progresso, por meio da comparação dos registros antigos de comportamento ao comportamento atual
Assistência no autocuidado	- Considerar a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado - Monitorar a capacidade do paciente de autocuidado independente
Esclarecimento de valores	- Fornecer questões reflexivas e esclarecedoras que deem ao paciente algo para pensar - Desenvolver e implementar um plano com o paciente e tentar opções
Estabelecimento de metas mútuas	- Auxiliar o paciente a desenvolver um plano para cumprir as metas
Melhora do letramento em saúde	- Criar um ambiente de cuidados com a saúde em que um paciente de baixo nível educacional possa procurar ajuda sem se sentir envergonhado ou estigmatizado - Comunicar-se considerando adequar-se à cultura, à idade e ao gênero - Determinar o status educacional em saúde ao início do contato com o paciente por meio de avaliação formal e/ou informal - Determinar o estilo de aprendizado do paciente - Determinar o que o paciente já sabe a respeito de sua condição de saúde ou riscos, e relacionar novas informações ao que já é conhecido - Fornecer educação e aconselhamento individual, sempre que possível - Usar estratégias para melhorar a compreensão - Avaliar a compreensão do paciente fazendo-o repetir em suas próprias palavras ou demonstrar a habilidade

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O Sistema Apoio-educação proposto por Orem traz a necessidade de ensino, por meio do desenvolvimento de habilidades para a pessoa com DM2 realizar o autocuidado. Neste sentido, o cuidado de enfermagem, neste aspecto da teoria, se fundamenta na orientação, apoio e ensino para que a pessoa com DM2 desenvolva autonomia para as tomadas de decisões que beneficiem sua saúde (FEIJÃO; LOPES; GALVÃO, 2009; RAIMUNDO et al., 2021).

Para Orem (2001), a capacidade para realizar o autocuidado são influenciadas por fatores condicionantes básicos que podem ser intrínsecos e extrínsecos. Os intrínsecos são a idade, sexo, estado de desenvolvimento e estado de saúde; já os extrínsecos se referem ao contexto sociocultural, sistema de saúde, sistema familiar, padrão de vida, aspectos ambientais e a disponibilidade e a adequação de recursos.

Neste sentido, o ponto de partida para a construção deste protocolo foi a caracterização das pessoas com DM2 acompanhadas na Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de identificar os fatores condicionantes básicos, os quais são primordiais para guiar as intervenções e estratégias educacionais.

Assim, foi possível identificar a predominância de pessoas idosas do sexo feminino, com companheiro, crença religiosa, sem ocupação, com baixo nível de escolaridade e de poder aquisitivo. Estudo realizado no Rio Grande Sul, na Atenção Primária à Saúde com 350 pessoas, traçou perfil semelhante ao encontrado nesta pesquisa, o que evidencia que as pessoas com DM possuem características em comum, independente da região geográfica (MORESCHI et al., 2018).

Estudo realizado em Pernambuco com 218 idosos com DM2, evidenciou que a baixa escolaridade expõe a pessoa a ter cerca de oito vezes a chance de conhecimento deficitário em relação ao DM, sendo barreira para gestão do autocuidado por prejudicar na compreensão das condutas terapêuticas e na aquisição de novos hábitos de vida (BORBA et al., 2019).

O baixo poder aquisitivo também é considerado como barreira para adesão ao autocuidado, principalmente no que se refere ao consumo de alimentos saudáveis. Fato que pode ser evidenciado nos discursos tanto das pessoas com DM como também das enfermeiras.

A alimentação saudável é considerada como um dos pilares do tratamento e gerenciamento do DM. No entanto, é possível verificar nos achados deste estudo que as pessoas com DM consideram a restrição ao “doce” como a adesão à alimentação saudável.

No entanto, para considerar que se tem adesão é necessário que a dieta esteja seguindo o fracionamento correto das refeições, com o consumo de alimentos naturais, por meio da introdução

de hortaliças, frutas, cereais integrais, leguminosas e redução de alimentos fontes de gordura, sódio e açúcar, para que se tenha manutenção do controle metabólico, estado nutricional adequado, bem como prevenção das complicações decorrentes da doença (ZANCHIM; KIRSTEN; MARCHI, 2018)

A realidade socioeconômica impede que as pessoas tenham acesso a esses alimentos que muitas vezes apresentam valores superiores em comparação àqueles que são ultraprocessados. O consumo desses alimentos deletérios à saúde aumentou 43,7% em todo o mundo e 48% na América Latina, junto com o consumo de sal, açúcar, óleos e gorduras, o que pode explicar os números crescentes de DM (NILSON et al., 2018).

Por outro lado, também foram evidenciados pontos que podem contribuir na adesão ao autocuidado, como o fato da maioria das pessoas com DM terem um companheiro, por união estável ou casamento. Estudos evidenciam que a presença de um companheiro significa maior apoio e incentivo adesão ao autocuidado (BREVIDELLI et al., 2021; SILVA et al., 2021).

Devido a sua condição crônica, o DM impõe mudanças nos hábitos diários, principalmente os alimentares, o que exige uma reorganização da dinâmica familiar para que a pessoa com DM tenha suporte e motivação necessários a seguir o tratamento. Por isso a importância de envolver a família em todo o processo de educação para que a pessoa com DM não se sinta isolada do contexto familiar e para que se tenha compreensão da necessidade de realizar cada ação para o benefício da saúde (FARIAS et al., 2020).

Ao avaliar a adesão às atividades de autocuidado, foi possível verificar que as pessoas com DM apresentam boa adesão ao uso de medicamentos, em contrapartida, têm baixa adesão à prática de atividade física. Resultado semelhante também foi encontrado em estudo realizado com 149 pessoas com DM2 em São Paulo, na Atenção Primária à Saúde, por meio da aplicação do QAD (EID et al., 2018).

A realização de atividade física é considerada um dos pilares do tratamento do DM, visto que a sua prática pode aumentar em até 20 vezes a utilização de glicose pelo músculo, aumentando a sensibilidade à insulina e auxiliando na redução dos níveis de glicemia para a faixa normal. A relação entre o aumento dos níveis de atividade física e a menor frequência de complicações crônicas sugere que a atividade física exerce um papel protetor para pessoas com DM2 (KOLCHRAIBER et al., 2018).

Destaca-se ainda que os cuidados com os pés foram insuficientes se considerar que mais da metade dos participantes do estudo refere ter neuropatia. Esta complicação crônica pode causar ulcerações nos membros inferiores, podendo acarretar amputação. O risco das pessoa com DM

desenvolver pé diabético chega a 25%, com taxa de letalidade de 43 a 55% após cinco anos do surgimento dessa complicação (GALDINO et al., 2019; LIMA et al., 2022).

Diante da complexidade que envolve o autocuidado em DM por possuir diversos condicionantes, a busca por intervenções de Enfermagem e estratégias com foco na educação e considerando os aspectos biopsicossociais, culturais e econômicos torna-se imprescindível para que se tenham qualidade na assistência prestada e resultados positivos para a saúde.

A busca por essas intervenções e estratégias educacionais na literatura, evidenciou que os estudos que abordam essa temática para o autocuidado foram intensificados nos anos de 2020 e 2021, conforme mostram os resultados da revisão de escopo realizada na segunda etapa. Período que coincide com o início da pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19).

Com início da pandemia pela COVID-19, foi visto que pessoas com DM faziam parte do grupo de risco de poder apresentar quadro de maior gravidade e letalidade quando infectados pelo novo coronavírus. Com os avanços dos estudos na área, foi comprovado que níveis elevados de glicose aumentam diretamente a replicação do vírus (LIM et al., 2021).

Essa exposição ao risco associada com a necessidade de isolamento, que restringiu a busca aos serviços de saúde, corroborou a importância de educar a pessoa com DM para que ela tenha autonomia no seu cuidado e seja protagonista no processo saúde-doença, prevenindo as complicações dessa doença.

Os resultados dos achados da literatura mostram que as intervenções educativas ocorrem em três formatos: em grupo, em grupo combinado com abordagem individual e apenas individual. Ressalta-se que nos três formatos foram evidenciados resultados positivos para a saúde, sendo mensurados, principalmente, pela redução da hemoglobina glicada. O que significa que a eficácia da intervenção independe do seu formato; contudo, está diretamente associada à metodologia, ao referencial teórico e ao conteúdo abordados durante a sua operacionalização.

Em comum, todas as intervenções utilizaram a escuta qualificada e a interação com base no diálogo. Destaca-se dois referenciais teóricos que foram utilizados com maior frequência: metodologia pedagógica problematizadora e teoria sociocognitiva.

A metodologia pedagógica problematizadora, proposta por Paulo Freire, tem como base o diálogo entre os pares na prática pedagógica, através de uma metodologia dialética em que as pessoas envolvidas constroem seu conhecimento partindo de sua realidade, fazendo a ponte entre teoria e prática, (WEYH; NEHRING; WEYH, 2020).

A Teoria Social Cognitiva (TSC), desenvolvida por Albert Bandura em 1986, parte da premissa de que as pessoas interagem com o meio em que vive, influenciando e sendo influenciados por ele. Desta forma, as pessoas são capazes de operacionalizar mudanças no curso de suas próprias ações, pensamentos e emoções. Utilizada para entender o desenvolvimento, aprendizagem e ação humana, bem como o comportamento humano. Considera-se que a pessoa não é formada de corpo e mente como conjuntos separados, mas sim interdependentes que atuam conjuntamente inseridos em todos os contextos, nos quais vive e se relaciona (SANTOS; RAMOS; SILVA, 2020).

Ressalta-se que não foram identificadas intervenções e estratégias educacionais que utilizaram metodologia expositiva, como palestras, sem a participação ativa da pessoa com DM na construção do conhecimento.

No que se refere aos instrumentos para avaliar a eficácia das intervenções, foi possível constatar a utilização com maior frequência de três instrumentos: Questionário de Atividades de Autocuidado em Diabetes (QAD), Questionário de Conhecimento (*Diabetes Knowledge Questionnaire* - DKN-A) e Diabetes Empowerment Scale – Short Form (DES-SF). Esses instrumentos foram selecionados para serem utilizados na avaliação das intervenções e estratégias educacionais por abranger as dimensões consideradas fundamentais para a realização do autocuidado.

O Questionário de Atividades de Autocuidado em Diabetes (QAD), versão traduzida para o português do Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) foi utilizado com maior frequência. O SDSCA já foi traduzido para diversas, com adaptação cultural e tem o propósito de avaliar de maneira sistematizada, a adesão às atividades de autocuidado na pessoa com DM, sendo sua utilização também recomendada na avaliação dos pacientes durante as consultas (MICHELS et al., 2010).

O Questionário de Conhecimento (*Diabetes Knowledge Questionnaire* - DKN-A). O DKN – A é um questionário autoaplicável e contém 15 itens de resposta de múltipla escolha acerca de diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral de diabetes mellitus. Apresenta cinco amplas categorias: fisiologia básica, incluindo a ação da insulina; hipoglicemia; grupos de alimentos e suas substituições; gerenciamento do diabetes na intercorrência de alguma outra doença, e princípios gerais dos cuidados da doença. A escala de medida utilizada é de 0 - 15. É atribuído escore um (1) para resposta correta e zero (0) para incorreta. Os itens de 1 a 12 requerem uma única resposta correta. Para os itens de 13 a 15 duas respostas são corretas e todas devem ser conferidas para obter o escore um (1). Um escore maior que oito indica conhecimento acerca de diabetes mellitus (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2005).

O instrumento Diabetes Empowerment Scale – Short Form (DES-SF) possui oito questões direcionadas à avaliação da autoeficácia psicossocial e abrange os domínios: necessidade de mudança de comportamento, desenvolvimento de um plano de cuidados, superação de barreiras, solicitação de apoio, cuidar de si, gerenciamento das emoções, motivações pessoais, e a tomada de decisões adequadas sobre o cuidado do diabetes. Dentre os instrumentos que avaliam a autoeficácia em diabetes, o DES-SF destaca-se por ser eficaz, sucinto, prático e rápido na sua aplicação. Pode ser aplicado via ligação telefônica a amplo número de usuários, antes e depois de uma intervenção educativa (CHAVES et al., 2017).

É importante destacar que uma estratégia utilizada com frequência nas intervenções com resultados positivos e mapeadas para este estudo é a ligação telefônica. Apesar de o suporte telefônico já ser utilizado com maior frequência em vários países e está evoluindo no Brasil após início da pandemia da COVID-19, ainda é escasso na assistência de enfermagem, principalmente, nos serviços públicos. Ressalta-se que essa modalidade não substitui os atendimentos presenciais, pois é implementada como suporte, em caráter de complementaridade ao atendimento convencional (SILVA et al., 2021).

De forma geral, as intervenções e estratégias educacionais mapeadas para o protocolo são baseadas em metodologias que favorecem o diálogo, a escuta qualificada, a troca de experiência, a consideração dos aspectos biopsicossociais, econômicos e culturais, e a construção do conhecimento, orquestrados pela pessoa com DM.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

O estudo atingiu seu objetivo de construir um protocolo de educação para o autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2, voltado para os profissionais de Enfermagem que atuam na Atenção Primária à Saúde.

Ao longo do desenvolvimento deste estudo, foi possível evidenciar que as pessoas com DM2 apresentam baixo nível de escolaridade e de poder aquisitivo, que são fatores que influenciam a adesão às práticas de autocuidado, além da presença de outras comorbidades e complicações crônicas do DM que comprometem a qualidade de vida dessas pessoas.

Nas entrevistas e na mensuração do instrumento que avalia a adesão às atividades de autocuidado, foi possível verificar que as pessoas com DM2 consideram o uso da medicação e o fato de não comer doces como as principais ações para o seu cuidado, não levando em consideração as demais que fazem parte das atividades de autocuidado e que são imprescindíveis para a redução da morbimortalidade e melhora da qualidade de vida.

Ao confrontar as dificuldades relatadas pelas pessoas com DM para realizarem as atividades de autocuidado e as referidas pelas enfermeiras para realizarem educação em saúde, constatou-se que os fatores condicionantes para o autocuidado não estavam sendo considerados no cuidado dessas pessoas.

Para que se tenha êxito no cuidado de pessoas com condições crônicas, como o DM, é necessário considerar todo o contexto social, econômico, cultural, familiar e ambiental em que a pessoa está inserida., além dos aspectos biopsicossociais. Pois estes fatores influenciam de forma direta na adesão às atividades de autocuidado.

No entanto, a dinâmica do processo de trabalho vivenciada pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde se mostra como um desafio para que esses profissionais possam prestar assistência de forma individualizada e de qualidade. Cada vez mais se observa a valorização de procedimentos e o foco voltado para o tratamento, em detrimento da prevenção de agravos e promoção à saúde, o que vai de encontro às concepções deste nível de atenção à saúde.

Os achados da literatura evidenciaram que esses fatores e os aspectos biopsicossociais são os principais a serem considerados na formulação de intervenções e estratégias educacionais, o que fortalece a necessidade de cuidado individualizado, com abordagem de todas as ações que compõem o autocuidado em pessoas com DM2.

Diante dos achados deste estudo, espera-se que o protocolo desenvolvido possa contribuir para modificar essa realidade, servindo de guia para o desenvolvimento de intervenções e estratégias

educacionais e, principalmente, proporcionando melhora da qualidade de vida das pessoas com DM2 por meio da autonomia do seu cuidado.

Devido aos entraves ocasionados pela pandemia da COVID-19 durante o desenvolvimento deste estudo, não foi possível realizar validação do protocolo construído. Desse modo, recomenda-se, em estudos posteriores, que seja realizada validação deste protocolo por especialistas e validação clínica, para verificar a viabilidade e aplicabilidade na prática assistencial.

Ressalta-se ainda que o desenvolvimento deste protocolo evidenciou a importância da prática baseada em evidência e das teorias de Enfermagem. A utilização desses recursos mostrou a produção de resultados que impactam de forma positiva a vida das pessoas que recebem os cuidados de profissionais de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- AGREE II. APPRAISAL OF GUIDELINES FOR RESEARCH & EVALUATION. (2009). Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas. Acesso em: 16 agosto de 2018 . Disponível em: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Brazilian_Portuguese.pdf
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-8, 2011.
- AMARAL, V.R.S.; RIBEIRO, I.J.S.; ROCHA, R.M. Factors associated with knowledge of the disease in people with type 2 Diabetes Mellitus. **Invest. Educ. Enferm.**, v.39, n. 1, 2021. Acesso em 25 março 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n1e02>.
- AMARAL, I.B.S.T.; SILVA, A.L.A. A consulta do enfermeiro na estratégia saúde da família: um recorte do Rio de Janeiro. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v. 13, p. 227-33, jan/dez. 2021.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes - 2011. **Diabetes Care**, v. 34, 2011.
- ARAÚJO, M.C.C. et al. Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde: instrumento para qualidade do cuidado. **Cogitare enferm.**, v. 25, e71281, 2020.
- AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Editors). **JBIM Manual for Evidence Synthesis**. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- ARRUDA, G.O. et al. Intervenção educativa em homens com diabetes mellitus: efeitos sobre comportamentos e perfil antropométrico. **Acta Paul Enferm.**, v. 33, eAPE201901282020.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: Towards a Methodological Framework. **Int J Soc Res Methodol**, v.8, p.19-32, 2005.
- ASSUNÇÃO, S.C. et al. Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde. **Esc Anna Nery**, v. 21, n.4, 2017.
- BARBOZA, N.S.R.; FASSARELLA, C.S.; SOUZA, P.A. Self-care by discalced carmelite nuns in the light of Orem's Theory. **Rev Esc Enferm USP**, v. 54, e03637, 2020.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo, SP: Edições 70, 2016.
- BATISTA, I.B. et al. Association between knowledge and adherence to foot self-care practices performed by diabetics. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 5, 2020.
- BAPTISTA, M.H.B. et al. Education in Diabetes Mellitus for blood glucose self-monitoring: a quasiexperimental study. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n.6,p. 1601-8, 2019.

BEAL, C.M.P. et al. Cuidado de indivíduos com diabetes *mellitus*: a consulta de enfermagem na perspectiva de enfermeiras. **Rev. Enferm. UFSM.**, v. 10, e92, 2020.

BEZERRA M.L.R.et al. Aplicabilidade da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem no Brasil: uma revisão integrativa. **J Manag Prim Health Care**, v. 9, e16 , 2018.

BORGES, D.B.; LACERDA, J.T. Ações voltadas ao controle do Diabetes *Mellitus* na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, jan./março

BRASIL. Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Acesso em 2 maio 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. 2001. Acesso em 23 abril 2018. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reorganizacao_campanha.pdf.

BRASIL. Lei Federal 11.347 de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Acesso em 23 abril 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11347.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** Brasília : Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Portaria nº 2.583 de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Acesso em 23 abril 2018. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/19111220-20130926101322-portaria-2583-07.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis:** promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência Brasília: Ministério da Saúde, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**, 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** . Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em 24 abril 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

- CARDOSO, A.F.; QUEIRÓS, P.; RIBEIRO, C.F. Intervenções para a aquisição do autocuidado terapêutico da pessoa com diabetes mellitus: revisão sistemática da literatura. **Rev port saúde pública**, v. 33, n. 2, p. 246-55, 2015.
- CHAVES, F.A. et al. Tradução e adaptação cultural do Behavior Change Protocol para as práticas educativas em Diabetes Mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, v. 27, 2019.
- COLLET, N. et al. Self-care support for the management of type 1 diabetes during the transition from childhood to adolescence. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 358 de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Acesso em 01 maio 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
- EID, L.P. et al. Fatores relacionados às atividades de autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018.
- FARIAS, I.P. et al. Construção de protocolo assistencial de enfermagem para o potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11, supl. 8, p. 3317-20, 2017.
- FEIJÃO, A.R.; LOPES, M.V.O.; GALVÃO, M.T.G. Importância do Sistema Apoio-Educação do Modelo de Orem na adesão – estudo reflexivo. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v.8, n. 2, 2009.
- FIGUEIREDO, T.W.B. et al. Construção de um protocolo de cuidados de enfermagem: relato de experiência. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 6, 2018.
- GUEDES, D.; FEITOSA, F.B.; CAMPOS, F.A.A.C. A construção do protocolo de enfermagem para operacionalizar o processo de enfermagem em saúde mental para Caps AD III. **Saúde em Rede**, v. 5, n. 1, p. 163-79, 2019.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **International standards for diabetes education**. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Patricia/Downloads/Standards-of-Professional-Education-in-Diabetes-Final.pdf>. Acesso em: 02 jan 2021
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Word Diabetes Day**. [2021](https://idf.org/54-our-activities/171-world-diabetes-day.html). Disponível em: <<https://idf.org/54-our-activities/171-world-diabetes-day.html>>. Acesso em 02 jan. 2021
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 2019. Disponível em: <www.diabetesatlas.org>. Acesso em 02 jan. 2021.
- JBIM Manual for Evidence Synthesis. (2020). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), **JBIM Manual for Evidence Synthesis** (Issue April). JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-0>
- KINDEL, M.E. et al. Autocuidado de feridas crônicas no ambiente domiciliar: uma análise na perspectiva de Dorothea Orem. **Cienc Cuid Saude**, v.19, e50399, 2020
- KRAUZER, I.M. et al. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em Enfermagem. **REME – Rev Min Enferm.**, v. 22, e-1087, 2018.

LARRE, M.C. et al. Autocuidado dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 em seguimento ambulatorial. **Revista Nursing**, v. 21, n. 245, p. 2385-90. Out. 2018.

LAUTERTE, P. et al. Nursing protocol for the care of people with diabetes *mellitus* in primary care. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 10, n. 72, p.1-20, 2020.

LEMOS, C.S.; POVEDA, V.B.; PENICHE, A.C.G. Construção e validação de um protocolo assistencial de enfermagem em anestesia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.25, n. e2952, 2017.

LIMA, W.L. et al. Conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde sobre fatores de risco para Lesão Renal Aguda. **Esc. Anna Nery [online]**, v.24, n. 2, 2020.

MACEDO, M.M.L et al. Adherence to self-care practices and empowerment of people with diabetes mellitus: a randomized clinical trial. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, 2017.

MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 51, sup. 1, 2017.

MATIAS, M.C.M.; KAIZER, U.A.O.; SÃO-JOÃO, T.M. Consulta de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: cuidado às pessoas com doenças crônicas cardiometabólicas. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 11, e22, 2021.

MCEWCN, M. **Bases teóricas de enfermagem**. Melanie McEwen, Evell'n M. Wills; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Maria Augusta Moraes Soares, Valéria Giordani Araújo. - 4. ed. -Porto Alegre: Artmed,2016.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 31(2): 1-3, abr./jun., 2018

MENDONÇA, S.C.B. et al. Construction and validation of the Self care Assessment Instrument for patients with type 2 diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, :e2890, 2017.

MENEZES, M.M.; LOPES, C.T.; NOGUEIRA, L.S. Impacto de intervenções educativas na redução das complicações diabéticas: revisão sistemática. **Rev. Bras. Enferm.**, v..69, n.4, Brasília jul./ago. 2016

MELNYK, B. M et al. Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. **AJN The American Journal of Nursing**, v. 110, n. 1, p.51-3, 2010. Disponível em : <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000366056.06605.d2>. Acesso em: 17 março de 2022.

METELSKI, F.K. et al. Dimensões da gestão do cuidado na prática do enfermeiro na atenção primária: revisão integrativa. **Rev enferm UERJ**,v. 28, e51457, 2020.

- MUNARETTO, L. F. CORRÊA, H. L.; CUNHA, J. A. C. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Revista de Administração da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 09-24, 2013.
- NASCIMENTO, R.K.M. et al. Consulta de enfermagem pré-procedimento de cateterismo cardíaco: avaliação da satisfação do paciente. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2021; v. 29, e49970, 2021.
- NEIVA, R.O.; NOGUEIRA, M.C.; PEREIRA, A.J. Consulta pré-operatória de enfermagem e o autocuidado do paciente oncológico com estomia respiratória. **Estima, Braz. J. Enterostomal**, v. 18, e2920, 2020.
- OLIVEIRA, P.S. et al. Contributing factors to the emergence of complications from diabetes mellitus. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n.8, p. 5265-73, ago., 2013.
- OLIVEIRA, P.S. et al. Performance of nursing technicians of the basic health care in diabetic care to the patient. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.8, n.3, p.321-7, mar. 2014.
- OLIVEIRA, P.S. et al. Autocuidado em Diabetes Mellitus: estudio bibliométrico. **Enfermería Global**, n. 45, jan. 2017
- OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice** 5ed. St. Louis (US): Library of Congress; 1995.
- OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. 6th ed. St Louis (USA): Mosby Inc.; 2001
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial [Internet]. Brasília (DF): OMS; 2003.
- PETERS, M.D.J. et al. Capítulo 11: Revisões de escopo (versão 2020). In: Aromataris E, Munn Z (Editores). **JBIM Manual for Evidence Synthesis**, JBI, 2020. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- PIMENTA, C.A.M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015.
- PRADO, M.D.; SOARES, D.A. Limites e estratégias de profissionais de saúde na adesão ao tratamento do diabetes: revisão integrativa. **Rev pesqui cuid fundam (Online)**, v. 7, n. 4, 2015.
- POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019
- QUEMBA-MESA, M.P.; CAMARGO-ROSAS, M.R.; GONZÁLEZ-JIMENEZ, N.M. Intervenciones educativas para la prevención del pie diabético. **Rev. cienc. cuidad.**, v. 18, n. 1, p.66-80, 2021.
- RAIMONDO, M.L. et al. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.**, v. 65, n. 3, p. 529-34, 2012.
- REVORÊDO, L. S. et al. O uso da técnica delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 16- 21, 2015.

REZENDE NETA, D.S.; SILVA, A.R.V.; SILVA, G.R.F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Rev Bras Enferm.**, v.68, n. 1, p.111-6, jan./fev. 2015.

SALCI, M.A.; MEIRELLES, B.H.S. ; SILVA, D.M.G.V. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.25, e2882, 2017.

SALCI, M.A. et al. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. **Esc. Anna Nery**, v. 22, n. 1, 2018.

SANTOS, E.M.S. et al. Autocuidado de usuários com diabetes mellitus: perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 3, p.720-8, 2018.

SANTOS, B.P. et al. Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 566-70, abr. 2019

SANTOS, N.O. et al. Development and validation a nursing care protocol with educational interventions for family caregivers of elderly people after stroke. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, supl. 3, 2020.

SCHNEIDER, L.R.PEREIRA, R.P.G.;FERRAZ, L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 18, 2018.

SCHNEIDER, L.R.PEREIRA, R.P.G.;FERRAZ, L.. Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, 2020.

SCARPARO, A. F. **Perspectivas do gerenciamento de enfermagem hospitalar**. 2012. Tese (Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

SILVA, S.R.C. et al. Abordagem dinâmica das complicações do diabetes mellitus e da hipertensão arterial quando negligenciadas: um relato de experiência. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n.1, p. 36-43, 2018.

SILVA, A.P. et al. Grupo de autocuidado apoiado para portadores de doenças crônicas na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 51920-51930 jul. 2020

SILVA, E.S.P. Teoria do autocuidado de orem como suporte para o cuidado clínico de enfermagem a mulher mastectomizada. **Braz. J. of Develop.**, v. 6, n.6, p.39740-50 jun. 2020.

SILVA, K.P.S. et al. Autocuidado a luz da teoria de dorothea orem: panorama da produção científica brasileira **Brazilian Journal of Development**, v.7, n.4, p. 34043-60, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Acesso em 25 março 2021. Acesso em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>

SOUZA, L.O. et al. The education practices in diabetes experienced in SUS: a literature discussion with emphasis on Primary Health Care .**Rev. APS.**, v.20, n.3, p.423-33, 2017.

TESTON, E.F.; SALES, C.A.; MARCON, S.S. Perspectivas de indivíduos com diabetes sobre autocuidado: contribuições para assistência. **Esc. Anna Nery [online]**, v. 21, n. 2, 2017.

TORRES, H.C. et al. Avaliação dos efeitos de um programa educativo em diabetes no controle metabólico: ensaio clínico randomizado por conglomerados. **Rev Saude Publica.**, v. 52, n. 8, 2018.

TRESCHER, G. P. et al. Sistematização da consulta de enfermagem em pré-operatório às mulheres com câncer de mama. **Enferm. Foco** , v. 11, n. 5, p. 40-7, 2020.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, v.169, n.7, p.467–73, 2018.

ULBRICH, E.M. et al. Escala para o cuidado apoiado na atenção primária: um estudo metodológico. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 4, 2017.

VITOR, A.F.; LOPES, M.V.O.; ARAÚJO, T.L. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Esc. Anna Nery.**, v. 14, n. 3, 2010.

WEBER, M.L. et al. Prática de enfermagem baseada em evidências e suas implicações no cuidado: uma revisão integrativa. **Revista Nacional Atual in Derme**, v. 90, 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pessoas com DM

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa intitulada “Processo de cuidar dos pacientes diabéticos cadastrados na Atenção Básica em João Pessoa - PB” está sendo desenvolvida por Lays Tamara Dantas da Silva, discente de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – Nível de Graduação, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Marta Miriam Lopes Costa. Os objetivos do estudo são: Investigar o processo de cuidar do paciente diabético na atenção básica, avaliar a adesão das pessoas com Diabetes Mellitus às atividades de autocuidado. A finalidade deste trabalho é contribuir no processo de cuidar das pessoas com DM, por meio da identificação das reais necessidades da população acometida, permitindo que os profissionais de saúde, em especial, os de enfermagem, planejem seu cuidado de forma efetiva e eficaz.

Solicitamos a sua colaboração para responder aos formulários, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em periódicos científicos. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

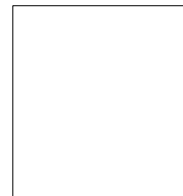
Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, assim como, não haverá modificação na assistência que vem recebendo nesta Unidade de Saúde da Família.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, ____/____/____

Assinatura do Participante da Pesquisa



Espaço para impressão
dactiloscópica

Contato com a pesquisadora responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, entre em contato com a pesquisadora Prof.^a Dr.^a Marta Miriam Lopes Costa - Cidade Universitária, Campus I, João Pessoa/PB, (83) 3216 7248, e-mail: marthamiryam@hotmail.com Ou Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB ☎ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Assinatura da responsável pelo preenchimento
Lays Tamara Dantas da Silva

Assinatura do Pesquisador Responsável
Marta Miriam Lopes Costa

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Enfermeiros

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa intitulada “Processo de cuidar dos pacientes diabéticos cadastrados na Atenção Básica em João Pessoa - PB” está sendo desenvolvida por Lays Tamara Dantas da Silva, discente de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – Nível de Graduação, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Marta Miriam Lopes Costa. O objetivo do estudo é: Compreender como os(as) enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde vivenciam a educação em saúde para pessoas com DM2, com ênfase no autocuidado. A finalidade deste trabalho é contribuir no processo de cuidar das pessoas com DM, por meio da identificação das reais necessidades da população acometida, permitindo que os profissionais de saúde, em especial, os de enfermagem, planejem seu cuidado de forma efetiva e eficaz.

Solicitamos a sua colaboração para responder aos formulários, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em periódicos científicos. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, assim como, não haverá modificação na assistência que vem recebendo nesta Unidade de Saúde da Família.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, ____/____/____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com a pesquisadora responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, entre em contato com a pesquisadora Prof.^a Dr.^a Marta Miriam Lopes Costa - Cidade Universitária, Campus I, João Pessoa/PB, (83) 3216 7248, e-mail: marthamiryam@hotmail.com Ou Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB ☎ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Assinatura da responsável pelo preenchimento
Lays Tamara Dantas da Silva

Assinatura do Pesquisador Responsável
Marta Miriam Lopes Costa

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados para as pessoas com Diabetes Mellitus

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nome(iniciais): _____ USF: _____
 Telefone: _____ Data: ____/____/____

1. Sexo

1() Masculino 2() Feminino

Idade: _____

3. Qual a sua cor/raça?

1 () Branca 2 () Preta 3 () Parda 4 () Amarela 5 () Indígena

4. Estado Civil

1 () Solteiro 2 () Casado 3 () Divorciado 4 () Viúvo

5. Religião

1 () Católica 2 () Evangélica 3 () Espírita 4 () Não tem 4() Outra: _____

6. Grau de Escolaridade

1() Analfabetismo
2() Ensino fundamental incompleto
3() Ensino fundamental completo
4() Ensino médio incompleto
5() Ensino médio completo
6() Ensino superior completo
7() Cursando ensino superior

7. Ocupação: _____

8. Renda Familiar (SM = Salário Mínimo)

1() Menos de 1 SM 2() 1 SM 3() Entre 1 e 2 SM 4() Entre 2 e 3 SM
5() Entre 3 e 4 salários mínimos 6() Acima de 5 salários mínimos

9. Número de pessoas que vivem com a renda familiar:_____

I DADOS CLÍNICOS

1. Tipo de diabetes: Tipo 1 () Tipo 2 () Não sei ()

2. Tempo de diagnóstico de DM (anos completos) _____

3. Tempo de acompanhamento no serviço _____

4. Comorbidades

Hipertensão Arterial	1() Sim	2() Não
Dislipidemia (colesterol e triglicérides alterados)	1() Sim	2() Não
Sobrepeso/Obesidade	1() Sim	2() Não
Outras	() Qual?	

5. Complicações Crônicas

Infarto Agudo do Miocárdio 1() Sim 2() Não

Acidente Vascular Cerebral	1() Sim	2() Não
Problemas na visão após o Diabetes Mellitus	1() Sim	2() Não
Problemas nos rins após o Diabetes Mellitus	1() Sim	2() Não
Problemas nos pés após o Diabetes Mellitus (dormências, câibra, ressecamentos, feridas, dor)	1() Sim	2() Não
Pé diabético	1() Sim	2() Não
Amputação de membro por Diabetes Mellitus	1() Sim	2() Não

6. Tratamento do Diabetes Mellitus

() Dieta
 () Exercício Físico
 () Remédio caseiro/chá. Qual(is)? _____
 () Antidiabético Oral. Qual? _____ Tempo de uso: _____
 7() Insulina. Qual? _____ Tempo de uso: _____

7. Recebe orientações sobre o Diabetes Mellitus quando vai a Unidade de Saúde?

() Sim () Não

8. Caso receba orientações, qual o profissional que mais oferece essas informações?

() Médico () Agente comunitário de Saúde
 () Enfermeiro () Dentista () Outros. _____

9. Caso receba orientações, essas orientações contemplam quais aspectos?

() Cuidado com a alimentação () Cuidado com a medicação
 () Necessidade de realizar atividade física () Cuidados com os pés
 () Evitar bebida alcoólica/ cigarro
 () Outros. _____

10. Já participou/participa de:

() Palestras sobre Diabetes Mellitus () Cursos sobre Diabetes Mellitus
 () Grupos sobre Diabetes Mellitus () Não participou

Por quê?

11. Quando o(a) senhor(a) procura a Unidade de Saúde da Família, o que considera importante no cuidado a pessoa com Diabetes Mellitus? (GRAVADA)

APÊNDICE D – Roteiro para coleta de dados dos enfermeiros**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS ENFERMEIROS**

Idade: _____ **Sexo:** 1() Masculino 2() Feminino

Tempo de profissão (anos): _____

Tempo de atuação neste local de trabalho: _____

1. Você sente dificuldades em realizar ações de educação em saúde para as pessoas com Diabetes? Por quê? **(GRAVADA)**

2. Como profissional de Enfermagem, o que você compreende sobre educar as pessoas com Diabetes Mellitus para o autocuidado? **(GRAVADA)**

APÊNDICE E – Instrumento para extração de dados

FORMULÁRIO DE EXTRAÇÃO DE DADOS – ANÁLISE CRÍTICA	
QUESTÃO DE PESQUISA: Quais estratégias e intervenções educacionais são utilizadas para promoção do autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Primária à Saúde?	
1-Título do estudo	
2- Formação do primeiro autor	
3 – Titulação do primeiro autor	
4 – Afiliação do primeiro autor	
5 – País de origem	
6 – Idioma	
7 – Ano de publicação	
8 – Periódico de publicação	
9 -Local de realização do estudo	
10 – Objetivos	
11 – Participantes	
12 – Modalidade de pesquisa	
13 – Tipo de estudo	
14 - Abordagem	
15 -Instrumentos aplicados	
16 – Intervenções e estratégias educacionais utilizadas	
17 – Principais resultados	
18 – Nível de evidência	

ANEXOS

ANEXO A – Questionário de atividades de autocuidado com Diabetes - QAD

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES- QAD	
1. ALIMENTAÇÃO GERAL	Nº de dias
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável?	0 1 2 3 4 5 6 7
1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	0 1 2 3 4 5 6 7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu doces?	0 1 2 3 4 5 6 7
3. ATIVIDADE FÍSICA	
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)	0 1 2 3 4 5 6 7
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho?	0 1 2 3 4 5 6 7
4. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA	
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo enfermeiro ou médico?	0 1 2 3 4 5 6 7
5. CUIDADOS COM OS PÉS	
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los?	0 1 2 3 4 5 6 7
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los?	0 1 2 3 4 5 6 7

6. MEDICAÇÃO	
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme foi recomendado? OU (se insulina e comprimidos):	0 1 2 3 4 5 6 7
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?	0 1 2 3 4 5 6 7
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7
7. TABAGISMO	
7.1 Você fumou um cigarro -ainda que só uma tragada- durante os últimos SETE DIAS? (0)Não (1)Sim []	
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____	
7.3 Quando fumou o seu último cigarro? []	
(0) Nunca fumou (1) Há mais de dois anos atrás (2) Um a dois anos atrás (3) Quatro a doze meses atrás (4) Um a três meses atrás (5) No último mês (6) Hoje	
O nível de adesão, por dimensão, é obtido pela soma dos itens e dividido pelo nº destes; os resultados (médias) são expressos em dias por semana.	

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE CUIDAR DOS PACIENTES DIABÉTICOS CADASTRADOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM JOÃO PESSOA

Pesquisador: MARTA MIRIAM LOPES COSTA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 03459112.1.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.477.851

Apresentação do Projeto:

Projeto de continuidade PIBIC/PIVIC. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem quanti-qualitativa que será desenvolvida nas Unidades Integradas dos Distritos Sanitários I, II, III, IV e V em João Pessoa - PB. A população será constituída por enfermeiros, técnicos de enfermagem, pessoas com Diabetes Mellitus, como também, por usuários que não possuem o diagnóstico médico de Diabetes Mellitus das Unidades Integradas dos referidos distritos. Quanto aos profissionais de enfermagem, a amostra será composta por profissionais de enfermagem de duas unidades integradas dos distritos sanitários I, II e IV, por três unidades integradas do distrito sanitário III e por uma unidade integrada do distrito sanitário V, correspondendo assim, a dez unidades integradas e, conseqüentemente, a oitenta profissionais de enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o processo de cuidar do paciente diabético na atenção básica.

Objetivos Secundários:

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.477.851

Averiguar as medidas preventivas para prevenir o pé diabético, adotadas pelos profissionais de enfermagem da atenção básica;

Conhecer os obstáculos enfrentados pelos profissionais de enfermagem da atenção básica na consulta de enfermagem do paciente diabético, assim como, nas ações desenvolvidas em benefício desses pacientes;

Identificar as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem em benefício desses pacientes; Caracterizar o perfil e o risco das pessoas desenvolverem Diabetes Mellitus tipo 2.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo proposto não apresenta nenhum tipo de risco para os participantes da pesquisa, nem para os pesquisadores.

Benefícios:

Contribuição na qualidade da assistência dos profissionais de enfermagem da atenção básica no processo de cuidar ao paciente diabético.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De comum acordo com os objetivos, referencial teórico, metodologia e referências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a documentação necessária.

Recomendações:

RECOMENDAMOS QUE A PESQUISADORA RESPONSÁVEL ENCAMINHE EMENDA INCLUINDO O(S) NOME(S) DOS ALUNOS ENVOLVIDOS NA PESQUISA, NA EQUIPE DE PESQUISA (RESOLUÇÃO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

RECOMENDAMOS QUE, CASO OCORRA QUALQUER ALTERAÇÃO NO PROJETO (MUDANÇA NO TÍTULO, NA AMOSTRA OU QUALQUER OUTRA), A PESQUISADORA RESPONSÁVEL DEVERÁ SUBMETTER EMENDA SOLICITANDO TAL(IS) ALTERAÇÃO(ÕES), ANEXANDO OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS.

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.477.651

RECOMENDAMOS QUE AO TÉRMINO DA PESQUISA A PESQUISADORA RESPONSÁVEL ENCAMINHE AO COMITÊ DE ÉTICA PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, RELATÓRIO FINAL E DOCUMENTO DEVOLUTIVO COMPROVANDO QUE OS DADOS FORAM DIVULGADOS JUNTO À INSTITUIÇÃO ONDE OS MESMOS FORAM COLETADOS, AMBOS EM PDF, VIA PLATAFORMA BRASIL, ATRAVÉS DE NOTIFICAÇÃO, PARA OBTENÇÃO DA CERTIDÃO DEFINITIVA.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora responsável encaminhou Emenda objetivando atualizar o cronograma para execução dos planos do PIBIC 2019-2020.

Tendo em vista que o ora requerido, não compromete em nada a execução do presente projeto de pesquisa, somos de parecer favorável ao atendimento do referido pleito, salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1973519_E2.pdf	08/06/2019 01:28:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PIBIC_2019.docx	08/06/2019 01:25:48	MARTA MIRIAM LOPES COSTA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	08/06/2019 01:23:39	MARTA MIRIAM LOPES COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	14/07/2017 23:49:29	MARTA MIRIAM LOPES COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO.docx	14/07/2017 23:46:29	MARTA MIRIAM LOPES COSTA	Aceito
Outros	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS pibic 2012.doc	19/06/2012 14:47:10		Aceito
Outros	CERTIDÃO DE APROVAÇÃO.doc	15/05/2012 11:57:47		Aceito
Outros	CARTAS DE ANUENCIA.doc	15/05/2012 11:55:38		Aceito

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.477.851

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da COMEP:

Não

JOAO PESSOA, 31 de Julho de 2019

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))**

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br